Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:**

**УДАЛЕНИЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Ф.И.О. взрослого пациента*

добровольно обращаюсь в **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения « Стоматологическая**

**поликлиника №1» министерства здравоохранения Краснодарского края (ОГРН** 1032304930668**),**

далее именуемое – **«Исполнитель»**, и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательстводалее именуемое – **«Исполнитель»**, и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство**: иссечение новообразований мягких тканей полости рта.**

Я получил(а) от врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. **Цели лечения**. Иссечение новообразований полости рта выполняется в лечебных и диагностических целях – для удаления новообразования, его патоморфологического уточнения или подтверждения, предупреждения его дальнейшего развития новообразования и связанных с ним осложнений.
2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства**. Иссечение новообразований полости рта выполняется в соответствии с клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации. Операции по удалению доброкачественных образований как при помощи скальпеля и при помощи новых высокотехнологичных методов (лазер, электроиссечение). Хирургическое иссечение новообразований проводится с обязательным гистологическим исследованием удаленного материала.

Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, которые будут иметь меньший клинический успех. Совместно с врачом я имел(а) возможность выбрать из всех вариантов лечения наиболее рациональный.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и анестетика. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечности десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше. Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

1. **Риски, последствия, осложнения.** Я понимаю, что иссечение новообразований полости рта является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Некоторые нежелательные побочные действия и осложнения нельзя исключить. Врач объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после операции: болевые ощущения; длительные кровотечения и гематомы; кровотечение со швов; расхождение швов; образование гноя в зоне вмешательства; отек; хирургическое лечение в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти; формирование свища, повреждение альвеолярных нервов и кровеносных сосудов, перфорация верхнечелюстной пазухи и полости носа, повреждение носонебного канала с проходящими в нем сосудами и нервом, что может потребовать дополнительного терапевтического консервативного стоматологического лечения, в том числе гайморотомии; повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации; увеличение лимфатических узлов; инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы; воспалительные процессы общего характера (например, сепсис); аллергические реакции, коллапс, анафилактический шок. Мне понятно, что указанные осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

Я понимаю, что курение, приём алкоголя, наркотиков, некоторых лекарственных препаратов, чрезмерное употребление сахара, наличие и обострение имеющихся и вновь возникших заболеваний, полученные мной острые травмы снижают успех лечения.

1. **Противопоказания:** любые основания для отказа от хирургического вмешательства; любые противопоказания к местной анестезии; рецидивирующие заболевания слизистой оболочки рта; остеомиелит; заболевания и формы терапии, которые могут отрицательно повлиять на заживление (например, иммуноподавляющие средства, антидепрессанты, противосвертывающие средства, цитостатики и др.); декомпенсированные состояния сердечно-сосудистой системы; болезни крови (лейкозы, лимфогранулематоз, нарушения свертываемости и др.); психические заболевания, эпилепсия; кахексия, заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, заболевания щитовидной железа и др.), множественный кариес с осложнениями; лучевое облучение головы и области шеи; церебральные поражения; инфекционные заболевания в стадии обострения; онкологические болезни; коллагенозы, склонность к формированию келоидных рубцов, недостаточная привычка к общей гигиене и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья: перенесенные ранее заболевания, как острые так и хронические (наличие сахарного диабета, онкологических заболеваний, заболеваниях щитовидной железы, гепатита, Вич, СПИДа, патологии иммунной системы (тяжелые инфекции и т.п.), в том числе о хирургических операциях, беременности, аллергических реакциях, принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях; сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении и других состояниях, препятствующие проведению операции. Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.
2. **Предполагаемые результаты лечения.** Ожидаемым результатом иссечения новообразований полости рта является достижение целей лечения, предупреждение развития осложнений.
3. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров по методу, рекомендованному врачом. При отказе от рентген-обследования (включая трехмерную компьютерную томографию) врач не сможет провести качественное лечение и исключить осложнения после лечения.
4. Я информирован(а) о необходимости по назначению врача-стоматолога-хирурга консультации врачей - интернистов и дополнительных лабораторных исследований крови с целью уточнения противопоказаний и ориентировочного прогноза возможных осложнений.
5. Я получил(а) полную информацию о том, что на основании информации, изложенной в п. 3; 4 настоящего информированного добровольного согласия, гарантия **на исключение осложнений во время и после удаления новообразования не предоставляется.** **Исполнитель гарантирует** соблюдение текущих требований действующего СанПиН режима, современных клинических рекомендаций и отраслевых стандартов, использовать исключительно те медицинские препараты, средства, инструменты и оборудование, которые разрешены к применению на территории Российской Федерации, осуществление операции сертифицированным специалистом врачом-стоматологом-хирургом, наблюдение за пациентом, выполнение перевязок до полного заживления.
6. Врач объяснил мне, что после операции: в течение 3-5 суток не рекомендуется заниматься активным физическим трудом; в течение 2-4 часов не рекомендуется пить и принимать пищу; в первые три дня рекомендуется употреблять только мягкую пищу, нагретую до средней температуры; с целью предотвращения спазма сосудов необходимо отказаться от курения в ближайшие 5 часов (а лучше в течение 3-5 дней) после операции; не употреблять алкоголь на протяжении первых суток (а если назначены антибиотики, то исключить спиртные напитки необходимо на весь курс лечения – согласно инструкции к препарату). **Категорически запрещается:** греть травмированную область каким-либо образом (прием горячей ванны тоже следует исключить); заниматься интенсивным физическим трудом; открывать рот особо широко; предпринимать попытки проникнуть в рану при использовании посторонних предметов. Для облегчения болевого синдрома может быть показан прием болеутоляющих, противовоспалительных и/или антибактериальных препаратов. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Врачом может быть рекомендовано полоскание ротовой полости дезинфицирующими (антисептическими) растворами и медикаментозное лечение. Мне разъяснено и понятно следующее: **если врач не назначил полоскания (ротовые ванночки) и/или медикаментозное лечение, я не должен(на) выполнять их без согласования с врачом, так как это может ухудшить мое состояние.**
7. Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в пункте 3 настоящего согласия состояний, осложнений, аллергии, высказывать все жалобы.
8. Неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме, может привести к увеличению сроков лечения и как следствие, увеличению стоимости лечения. Я согласен(на) тщательно выполнять рекомендации врача в процессе лечения, понимая, что невыполнение или ненадлежащее их выполнение чревато ухудшением состояния моего здоровья и может повлиять на результат лечения. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.
9. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.
10. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.
11. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью моей медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.

**Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.**

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

**Пациент/Законный представитель пациента:**

Дата: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ года

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**Врач:**

Дата: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ года

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/