



Информированное добровольное согласие на проведение стоматологического лечения (хирургия полости рта)

Мне, _____ доктор сообщил, что мне показано хирургическое вмешательство. Доктор разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного лечения, альтернативные методы лечения и последствия, которые могут наступить при невыполнении полного объема лечения, и другие возможные явления, которые могут возникнуть в ходе и после лечения.

1. Под влиянием анестезии:

- отек мягких тканей лица, кровоизлияние и гематома в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции, редко – ишемия мягких тканей, потеря чувствительности на непродолжительное время

2. Под влиянием анальгетиков и антибактериальных препаратов:

- аллергические реакции, изменение витаминного и иммунологического балансов, нарушения состава кишечной микрофлоры, расстройства желудочно-кишечного тракта, высыпания на коже и слизистых оболочках

3. В процессе лечения:

- дискомфорт (чувство давления, ощущение хруста), боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей
- кровотечение
- повреждение соседних зубов, пломб и протетических конструкций
- перелом челюсти, альвеолярного отростка
- открытие гайморовой пазухи, что потребует дополнительного вмешательства
- вывих или подвывих нижней челюсти

4. После лечения:

- повреждение нервов, приводящее к онемению губы, подбородка, десен, зубов, языка со стороны оперативного вмешательства
- инфекция, требующая дополнительного лечения
- появление гематомы на коже и слизистых оболочках, боли и дискомфорт в соседних зубах
- затрудненное открывание рта в течение нескольких дней
- экзостозы, которые потребуют дополнительного хирургического лечения
- оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти, во избежание обширной операции по его удалению
- атрофия костной ткани и слизистой оболочки в области операции

После удаления постоянного зуба (за исключением зубов мудрости и удаления зубов по ортодонтическим показаниям) необходимо протезирование.

Я проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья, осложнениях и особенностях ранее проведенного лечения, наличии лекарственной аллергии, и понимаю, что от достоверности данных сведений зависит исход лечения

Я понимаю необходимость профилактических осмотров и послеоперационного наблюдения, а также возможность внесения коррективов в проводимое лечение

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. Я подтверждаю согласие на проведение мне хирургического вмешательства.

Подпись пациента _____

Дата _____