

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____

(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

до проведения хирургического вмешательства, на основании данных обследования и диагностики, получил (а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящем хирургическом лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Последствиями отказа от хирургического вмешательства могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Альтернативным вариантом является отсутствие лечения.

Я понимаю, что хирургическое лечение является вмешательством в биологический организм, сопровождающееся болевой реакцией организма. В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии. Кроме того, врач разъяснил необходимость проведения рентгенологического исследования (в т.ч. для диагностики и контроля качества лечения), объяснил цель и суть данной методики, а также получил мое согласие на его проведение.

Мне было объяснено течение послеоперационного периода и возможное появление болей (как при наличии любой раны), отека мягких тканей (в результате травматического воздействия на них), воспаления в месте хирургического вмешательства (в связи со сложностью вмешательства), кровотечения (в связи с изменением артериального давления или биологическими (анатомическими) особенностями организма). Во избежание вышеперечисленных последствий необходимо тщательно соблюдать режим труда, отдыха, питания, гигиенического ухода и рекомендаций врача.

Мне понятно, что организм каждого человека уникален, и многое зависит от него, врач не может стопроцентно гарантировать исход и предполагаемый прогноз хирургического вмешательства. Контролировать течение послеоперационного периода может врач только при моем своевременном обращении и при условии соблюдения всех рекомендаций.

Мне были объяснены возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному варианту. На основании полученных сведений, мною выбрано оперативное вмешательство (хирургическое лечение), отраженное в плане лечения, предварительно согласованном со мной.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме. Я прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное и удовлетворен(а) ответами на мои вопросы.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к хирургическому лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____

Подпись лечащего врача Фамилия И. О. _____

Дата “ _____ ” _____