**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ пациента на проведение**

**медицинского вмешательства**

**Хирургическое лечение операция удаление зуба.**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от  21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"(Собрание законодательства Российской Федерации,2012№48,ст.6724;2012,№26 ст.3442,3446)даю информированное согласие  на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное  добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации получения первичной  медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития  России  от 23апреля 2012г.№390(зарегистрирован Минюстом России 5мая2012г.№24082)

Я, Ф.И.О. получил(-а) от моего лечащего врача всю интересующую меня информацию об удалении зуба.

Я осведомлен(-а) о том, что эта операция должна производиться как под местной анестезией, так и под общим обезболиванием (по показаниям). Я информирован(-э) о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства. Мне известно, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемым методом лечения и мог(-ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение операции.

Врач указал мне на необходимость удаления зуба. Последствиями отказа от операции могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование или увеличение кисты, отрицательное влияние данного заболевания зуба на общее состояние моего организма.

Альтернативными методами лечения являются: отсутствие лечения как такового. Хотя данная операция имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Врач понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время и после операции, а именно:

-    Кровотечение.

-     Нарушение чувствительности мягких тканей полости рта и лица.

-     Воспаление лунки удаленного зуба.

-     Перелом нижней челюсти при удалении зубов нижней челюсти.

-     Сообщение лунки удаленного зуба с верхнечелюстной пазухой.

Я предупрежден(-а), что по обстоятельствам во время оперативного вмешательства может выявиться необходимость в изменении или отказе от запланированного лечебного мероприятия.

Я полностью осознал(-а), что во время лечения или операции ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата. Я осведомлен(-а) о сроках лечения, об особенностях послеоперационного периода.

Мне понятно предусмотренное лечебное мероприятие и метод лечения.

О требуемом поведении перед операцией и после нее я осведомлен(-а), в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством, после операции несколько дней может сохраняться отек тканей полости рта и лица, ограниченное открывание рта, болезненность области операции.

Я согласен(-а) регулярно посещать моего врача для осмотра.

Я согласен(-а) на необходимое рентгенологическое обследование, необходимое как до, так и после операции для полноценного лечения.

Особые проблемы, имеющиеся у меня, особо оговорены, в частности:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я осведомлен(-а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(-а) врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(-а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие- либо гарантии или заверения. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.

Я получил(-а) полную информацию о стоимости моего лечения, согласен(-а) с тем что в процессе моего лечения могут быть изменения в стоимости в большую или меньшую сторону, связанные с особенностью проведения моей операции.

Я также же даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1.,3, ст. 3., ст.11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.

Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имею.

Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня. У меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я согласен(-а) на проведение медицинского вмешательства - операции удаления  зуба

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О

Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата