**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

**(удаление постоянного зуба(ов))**

Данное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства № 736 от 11.05.2023.

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. полностью)*

при оказании мне стоматологических услуг в ООО «М-Центр» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство – удаление постоянного зуба(ов).

**Удаление зуба** является хирургическим вмешательством, может быть простым (выполняется при помощи стоматологических хирургических щипцов) или сложным (удаление непрорезавшегося (ретинированного) и/или неправильного расположенного в челюсти зуба, а также удаление разрушенного зуба). **Альтернативные варианты:** отказ от медицинского вмешательства, зубосохраняющие операции (строго по показаниям). В ряде конкретных случаев удаление зуба является единственным способом лечения.

**Я подтверждаю, что врач проинформировал меня о планируемом удалении зуба(ов) и его методе:** в условиях местной инъекционной анестезии проводится удаление зуба путем люксации (раскачивания) и/или ротации (поворачивания) вокруг своей оси. Во время сложного удаления выполняется сегментация (разделение) зуба при помощи вращающегося наконечника и специальных фрез, далее зуб удаляется по частям. После удаления на края лунки могут быть наложены сближающие швы.

**Цель хирургического вмешательства:** извлечение зуба из лунки вместе с корнем при невозможности или нецелесообразности его сохранения.

**Основными последствиями отказа от удаления зуба(ов) могут быть:** появление и нарастание болевых ощущений; развитие инфекционных осложнений, иных заболеваний костной ткани, слизистой, зубов и полости рта.

Я осознаю и мне разъяснено, что во время удаления зуба(ов) и применения местной анестезии могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. Я согласен (согласна) на то, что вид и тактика медицинского вмешательства может быть изменена врачом по его усмотрению с целью обеспечения максимальной защиты организма во время медицинского вмешательства.

**Возможные риски и осложнения:** боли в области удаленного зуба, которые могут носить иррадиирущий характер; отек мягких тканей челюстно-лицевой области или увеличение имеющегося воспалительного отека при хирургическом вмешательстве в период обострения; гематома (синяк); альвеолит (воспаление лунки удаленного зуба); контрактура (ограничение при открывании рта) нижней челюсти после удаления; боль при глотании; луночковое кровотечение; перелом коронки или корня удаляемого зуба; перелом, вывих и удаление соседнего зуба; повреждение десны, слизистой и мягких тканей полости рта; проталкивание зуба или его корня в мягкие ткани, верхнечелюстную пазуху; перелом (отлом) участка альвеолярного отростка; отлом бугра верхней челюсти; обнажение участка альвеолы; прободение (перфорация) дна верхнечелюстной пазухи; вывих, перелом нижней челюсти; невропатия, невралгия нижнего луночкового нерва; онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти; повышение температуры тела; увеличение лимфатических узлов.

**Предполагаемые результаты:** заживление лунки удаленного зуба в течение 14 дней при соблюдении рекомендаций врача. Я уведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта не прогнозируемо и может привести к необходимости нового оперативного вмешательства, направленного на пластическое замещение костного дефекта. Со временем в области недостающего зуба начинает убыль (рассасывание) костной ткани, что может вызвать необходимость в выполнении синус-лифтинга и/или фиксации дентального имплантата.

**Я также даю информированное добровольное согласие на применение местной анестезии.** Местная анестезия – это временная потеря болевой чувствительности тканей в месте ее проведения вследствие блокады болевых рецепторов. Инъекционная анестезия бывает инфильтрационной (блокирует чувствительность в том месте, где происходит его введение) и регионарной: проводниковой (блокирует передачу нервного импульса к нерву либо группе нервов).

**Альтернативные варианты:** лечение без анестезии, отказ от лечения.

**Я подтверждаю, что врач проинформировал меня о планируемой анестезии и ее методе:** местная анестезия проводится в области предстоящих медицинских манипуляций и предусматривает, в зависимости от вида, либо один или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества,. Продолжительность действия местных анестетиков: от 15 минут до нескольких часов (в редких случаях – нескольких дней) в зависимости от вида и количества анестетика, а также индивидуальных особенностей организма.

**Последствия отказа от местной анестезии:** невозможность выполнения медицинского вмешательства, травматический шок.

**Цель применения местной анестезии:** облегчение боли при выполнении медицинских манипуляций.

**Абсолютные противопоказания к применению местной анестезии:** инфицированность тканей в зоне предполагаемой анестезии, гиперчувствительность и/или аллергическая реакция на компоненты лекарственного вещества.

**Относительные противопоказания к применению местной анестезии:** мерцательная тахиаритмия, повышенная чувствительность к компонентам препаратов, почечная недостаточность, бронхиальная астма, сахарный диабет, гипертиреоз, артериальная гипертензия, психомоторное возбуждение.

**Ощущения во время и после анестезии:** болевые ощущения могут быть вызваны уколом иглы, однако носят кратковременный и терпимый характер. Местная анестезия приводит к временной потере болевой, температурной, тактильной чувствительности в зоне обезболивания, а также к ощущению припухлости в этой области.

**Возможные риски и осложнения:** В редких случаях в ходе проведения местной анестезии и в последующий период возможно развитие следующих осложнений: аллергические и токсические реакции на препарат (покраснение кожи, зуд, конъюнктивит, ринит, отек Квинке, крапивница, затруднение дыхания вплоть до анафилактического шока), обморок, коллапс, гипертонический криз, обострение хронических сопутствующих заболеваний, травма нервных волокон/стволов, что приводит к потере чувствительности, невритам, невралгии, повреждение кровеносных сосудов, что может приводить к образованию гематом, а также может привести к потере чувствительности (парестезии), невралгии, возникновению воспалительного процесса в области инъекции. Инъекционная игла может травмировать мягкие ткани, что иногда приводит к образованию отечности, появлению болезненных ощущений в области укола, ограниченности открывания рта. Эти проявления могут сохраняться от нескольких минут до нескольких дней.

**Прогнозируемый результат:** эффективность современных анестетиков составляет 98,5-99%. Вместе с тем, обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я проинформировал(а) врача обо всех сведениях, которые могут каким-либо образом повлиять на процесс и результат лечения, в т.ч. о наличии заболеваний (в т.ч. перенесенных), лечении в других медицинских организациях, противопоказаниях к применению каких-либо лекарств или процедур, обо всех случаях аллергии на лекарственные препараты, анестетики, в прошлом и настоящее время, сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических, токсических и психотропных средств. Я обязуюсь незамедлительно сообщать врачу обо всех изменениях моего здоровья.

Я подтверждаю, что врачом мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора удаления зуба(ов) и местной анестезии, я имел(а) возможность полностью обсудить с врачом предстоящее медицинское вмешательство.

Я добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство – удаление зуба(ов) на описанных выше условиях и обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

**Согласен на удаление зуба (ов) и применение местной анестезии:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата подписания | Номер зуба (зубов) | Подпись пациента | Фамилия, инициалы врача | Подпись врача |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |