**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

**ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 53 Департамента здравоохранения города Москвы»**

# Добровольное информированное согласие пациента/представителя пациента

**на стоматологическую операцию**

**от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г.**

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

(Фамилия, имя, отчество пациента/представителя пациента)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н "Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи", Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 786н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях", а также в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736,даю свое согласие на проведение мне/представляемому мною пациенту стоматологической операции врачом-стоматологом -хирургом

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

Содержание и ожидаемые результаты, возможные осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены врачом и я их полностью понял (а). Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения:

Я предупреждён (на), что после операции возможно развитие отёка и изменение цвета кожи челюстно-лицевой области. В некоторых редких случаях изменения кожи сохраняются на длительный срок (несколько дней).

Я предупреждён(на), что: после операции могут появиться онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов.

Я предупреждён(на), что возможно нагноение раны, кровотечение, тромбофлебит, тромбоэмболия, повреждение имеющихся зубов, перелом кости, пенетрация верхнечелюстной пазухи и нижнечелюстного канала, отсроченное заживление, аллергические реакции на используемые лекарства и материалы, отторжение имплантата.

Я полностью понимаю, что продолжительность лечения не может быть определена точно и может измениться; что во время и после процедуры, операции и лечения, состояние в полости рта и общее состояние здоровья может измениться, и тогда, по усмотрению врача, для достижения благоприятного результата может быть назначено дополнительное лечение или обследование.

Я осведомлен(а), что возможно отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта, что может привести к необходимости нового оперативного вмешательства, направленного на пластическое замещение костного дефекта, или проведению иных манипуляций или операций. При этом я информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках.

Я осведомлен(а), что в дальнейшем, после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны, могут быть оговорены вид и время последующего лекарственного, терапевтического, хирургического и ортопедического (зубопротезного) лечения.

Я осведомлена(а) о требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после нее, в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством; после операции необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта и выполнение назначений врача.

Я согласен(на) на тип анестезии и рентген диагностику по выбору лечащего врача. Я осведомлен (на) о возможных осложнениях во время анестезии.

Я даю разрешение делать оттиски, диагностические модели, проводить фото и видео съемку и любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

Я информирую врача обо всех случаях аллергии к лекарственным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я сообщил(а) точные данные обо всех принимаемых мной/пациентом препаратах и их дозировке.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания (заболевания пациента) и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил (а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу. Я принимаю решение приступить к хирургическому лечению (стоматологической операции) на предложенных условиях. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

В случае оказания платных медицинских услуг настоящее согласие дается мною в рамках подписания договора об оказании платных медицинских услуг на весь перечень сопутствующих проведению стоматологической операции услуг, согласно утвержденной Министерством здравоохранения РФ номенклатуре медицинских услуг.

Подпись пациента/представителя пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_