Приложение № 1

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. N 1051н

**Информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое**

**хирургическое вмешательство**

      Я, **{ФИОПациента}**, **{ДатаРожденияПациента}** г. рождения, зарегистрированный по адресу:**{АдресПациента}** даю информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое вмешательство при оказании мне медицинского стоматологического лечения в {НазваниеСтруктурнойЕдиницы} Медицинским работником {ВрачПриёма} в доступной для меня форме предоставлена полная информация о целях, методах оказания медицинской стоматологической хирургической помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

      Я осведомлен(а) о том, что медицинское стоматологическое хирургическое вмешательство должно проводиться под местной анестезией. Мне разъяснено и понятно, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимся парестезиями, парезами, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

      Я информирован (а) о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений. Основные осложнения оперативного лечения, обусловленные, в первую очередь, анатомо-физиологическими особенностями конкретного пациента; хирургическое лечение в области верхней челюсти при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, перфорация дна придаточной пазухи носа и связанное с этим возможное воспалительное осложнение в области верхнечелюстной пазухи; при хирургических вмешательствах в области нижней челюсти возможно онемение языка, губ, подбородка, зубов нижней челюсти при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу. Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического, либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.), выражающиеся в прободении дна полости носа и придаточной пазухи, твердого неба, нижнечелюстного канала, переломов костей верхней и нижней челюстей, флебитов и других неожиданных последствиях.

       Мне понятно, что послеоперационный репаративный (восстановительный) период строго индивидуален по длительности и характеру течения. Я осведомлен, что отсутствие регенерации в зоне костного послеоперационного дефекта непрогнозируемого и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта. Вследствие оперативного лечения возможно возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирование рубца.

       Я информирован (а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я так же информирован (а), что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственным. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема).

       В дальнейшем, после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны, могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического (зубопротезного) лечения.

       Я проинформировал врача-стоматолога о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время. На все поставленные мною вопросы я получил исчерпывающие ответы специалиста. Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения. Мне понятен предлагаемый метод лечения, я также согласен с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям.

       Я подтверждаю, что назвал все известные имеющиеся у меня заболевания. Я подтверждаю, что добросовестно ответил на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья. О требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после нее я осведомлен, в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством; после операции необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта и посещение врача на контрольные осмотры в назначенное врачом время.

      Я имел возможность задать все интересующие меня вопросы.

      Я подтверждаю, что мне разъяснены в доступной для меня форме цели, методы оказания медицинской стоматологической помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

      Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

      Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я  являюсь  (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

{ФИОПациента}

                                                                                                                     (подпись)

{ВрачПриёма}

                                                                                                                     (подпись)

{ДатаДоговора}