

Я, _____, г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____, находясь на лечении (обследовании), на основании статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для получения медицинской помощи в ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1 г. Белгорода» **даю информированное добровольное согласие на оперативные вмешательства:**

И прошу персонал медицинского учреждения об их проведении.

(далее – врач) в доступной для меня форме даны разъяснения о целях, методах () оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского (оперативного) вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения: болевые ощущения в области манипуляции; кровотечение, гематома, сохранения и увеличения припухлости, отека мягких тканей; альвеолит (воспаление лунки удаленного зуба вследствие вымывания кровяного сгустка); повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации; ограничение открывания рта; увеличение лимфатических узлов; возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирование рубца в области оперативного вмешательства; перфорация гайморовой пазухи с развитием в последствии синусита(воспаление околоносовых пазух) при хирургическом лечении в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, обусловленная анатомо-физиологическими особенностями человека; проникновение фрагмента корня в гайморову пазуху с развитием в последствии синусита(воспаление околоносовых пазух) при хирургическом лечении в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, обусловленная анатомо-физиологическими особенностями человека; онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, при хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, обусловленные анатомофизиологическими особенностями человека; отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта; осложнения оперативного лечения, обусловленные наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области; перелом челюсти, обусловленный анатомо-физиологическими особенностями человека; возникновение воспалительных, инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис), которые потребуют госпитализации в стационар.

В таком случае я согласен (-на) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

Я информирован (-а) о факторах риска, о возможных вариантах последствий (осложнений), несмотря на их минимизацию риска их наступления и понимаю, что проведение операции сопряжено с: болью, риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, развитием воспаления в области операции, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

В этом случае врач гарантирует оказание полного объема медицинской помощи для решения возникших проблем и при необходимости – привлечения других специалистов.

Я предупрежден (-а), что для достижения оптимального результата лечения могут потребоваться повторные операции в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения данной услуги, в случае их наступления, устраняемые надлежащим образом, не являются вредом здоровью.

Я поставил (-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесённых мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я понимаю, что для проведения качественного медицинского вмешательства необходимо проведение рентгенологического обследования. Его проведение мне гарантировано в соответствии с требованиями СанПиН.

В рамках лечения учреждение проводит дополнительное исследование системой конусно-лучевой объемной томографии, панорамной радиоэизиографии и панорамной стоматологической визуализации. Отказ от исследования будет препятствовать врачу правильно и своевременно поставить диагноз и назначить лечение. Пациент принимает на себя риски, связанные с отказом от дополнительного исследования в случае получения медицинских услуг.

Лечащий врач рекомендовал исследование (указать необходимость) ☐ ДА. ☐ НЕТ. / _____ / _____ (Ф.И.О., подпись)
Проведение томографии пациент разрешил (указать решение) ☐ ДА. ☐ НЕТ. / _____ / _____ (Ф.И.О., подпись)
Мне разъяснено, что перед медицинским вмешательством я имею право отказаться от него за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я предупрежден (-а) и осознаю, что отказ от оперативного вмешательства, его прекращение по моему требованию, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций врача, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Чтобы способствовать своевременному обнаружению осложнений и избежать их усугубления, я обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками если это необходимо для оказания мне медицинской помощи.

Предоставляю ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1 г. Белгорода» право осуществления фото- и видеофиксации, диагностики, консультации, лечения и оперативного вмешательства безвозмездно и без ограничений времени использования моего фото- и видеоизображения.

Подтверждаю, что мне предоставлена вся необходимая информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил(а) на них удовлетворительные ответы.

Разрешаю, в случае необходимости (ст. 19 Федерального закона от 21. 11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), предоставлять информацию о моём диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, иным лицам.

Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Я имел (-а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил (-а) исчерпывающие ответы.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Ф.И.О. мед. работника

<ТекДата> (Дата оформления информированного добровольного согласия) **Этот раздел заполняется в случае отказа от медицинского вмешательства**

От подписи бланка добровольного информированного согласия на отказ от проведения медицинского вмешательства отказался (отказалась):

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись

Должность, Ф.И.О. и подпись

Должность, Ф.И.О. и подпись

<ТекДата> года

Дата	Диагноз	Подпись врача	Подпись пациента