**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

**в ООО «Авторская стоматология Терновых»**

**на хирургическую операцию по френулопластике или вестибулопластике**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, добровольно обращаюсь в клинику Исполнителя для проведения стоматологического лечения и даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство – хирургическую операцию по ластике уздечек или преддверия полости рта – френулопластику/вестибулопластику.

Я получил информацию о том, что хирургическая операция является единственным способом коррекции уздечек и преддверия. Данный метод лечения способствует правильному развитию челюстно-лицевой области.

Рекомендации для пациентов:

- Избегайте участия в контактных видах спорта и экстремальных играх до снятия швов и полного заживления

- Мягкая диета в течение 2 недель. После снятия швов – обычное функционирование как можно быстрее.

- Чистка зубной щеткой с мягкой щетиной после каждого приема пищи

- Используйте раствор Хлоргексидина 0.1% для полосканий и ротовых ванночек дважды в день в течение недели. Обязательное динамическое наблюдение у стоматолога согласно назначенному графику визитов. Клинический контроль должен осуществляться через 2 недели, 3 месяца, 6 месяца, 1 года и затем – 1 раз в год. Исход лечения определяется исходя из клинических данных.

Исходы и прогнозы:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование исхода | Частота развития, % | Критерии и Признаки | Ориентировочное вре­мя достижения исхода | Преемственность и этапность ока­зания медицинской помощи |
| выздоровление | 90% | Восстановление внеш­него вида десны, отсутствие признаков воспаления | После лечения | Профилактические мероприятия не реже 2 раз в год |
| Стабилизация | 4% | Отсутствие как положительной так и отрицательной динамики | После лечения | Профилактические мероприятия не реже 4 раз в год |
| Развитие ятрогенных ослож­нений | 1% | Появление новых пора­жений или осложнений,  обусловленных прово­димой терапией (например, аллергические реакции) | На любом этапе | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего забо­левания |
| Развитие ново­го заболева­ния, связанно­го с основным | 5% | Прогрессирование гиперпластического гингивита, переход его в язвенно-некротическую форму или в хронический пародонтит | Через 12 мес после окончания лечения при отсутствии динамиче­ского наблюдения | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего забо­левания |

В доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ,2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, положении о гарантиях и сроках службы на овеществленные результаты оказанных услуг, о правилах использования установленных стоматологических конструкций.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение использовать труд любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я понимаю, что ожидаемый мною положительный результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответст­вующей квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответст­вующих стандартов и протоколов лечения. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка, удаление или замена стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Я разрешаю сообщать информацию о моем лечении лицам, его оплачивающим, близким родственникам, а также всем лицам, профессионально обязанным сохранять медицинскую тайну.

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

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

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

(подпись) (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(дата оформления)