Информированное добровольное согласие пациента на проведение медицинского вмешательства

Хирургическое лечение.

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, №48, ст. 6724;2012, №26, ст. 3442,3446) даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012г. №390(зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. №24082).

Я, _____

(ФИО пациента полностью)

проинформирован(а) врачом_____

(ФИО врача)

о необходимости хирургической операции.

Врач поставил диагноз: _____

_____

_____

_____

Хирургическое лечение имеет своей целью создание благоприятных условии длявыздоровления и (или) реабилитации пациента за счет внедрения в ткани организма.

Последствиями отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания,развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострениесистемных заболеваний организма.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений.

Основные осложнения оперативного лечения обусловлены, в первую очередь, анатомо-физическими особенностями моего организма. Хирургическое лечение в области верхнейчелюсти проводится в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе.При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. Прихирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близостизоны вмешательства к нижнечелюстному каналу возможно онемение языка, губ, подбородка,тканей нижней челюсти.

Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием ужеимеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевойобласти (остеомиелит, кисты и др.).

Мне понятно, что послеоперационный восстановительный процес строго индивидуален подлительности и характеру течения. Может возникнуть отечность десны или лица в областихирургического вмешательства, тризм (ограниченное открывание рта). Эти явления могутпродолжаться нескольких дней. Вследствие оперативного лечения также возможновозникновение онемения в области вмешательства, формирование рубца.

Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефектанепрогнозируемого и может привести к необходимости нового оперативного вмешательства,направленного на пластическое замещение костного дефекта.

При этом я информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Ятакже информирован(а), что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательстваявляется единственным. Альтернативой лечения является отсутствие (отказ от) лечения.Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательноопределен объем операции (его расширение или уменьшение).

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

Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от егопроведения.Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен (а) с возможным расширениемего объема и изменениями в процессе операции по показаниям. Я подтверждаю, что в Анкета анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни и недомогания. Яподтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

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

При оказании хирургической помощи результат не гарантирован, однако гарантированопроведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение имкачественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик иправил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсьприходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом изаписанное в медицинской карте.

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

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

Пациент_____(_____). «___»_____20___г.

подпись расшифровка дата

Врач_____ (_____). «___»_____20___г

подпись расшифровка дата