Информированное добровольное согласие на хирургическое вмешательство

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Мне известно, что\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

развивается, вследствие возникшей инфекции или в результате травмы, затрагивая мягкие ткани и костные структуры челюстей. Диагноз заболевания устанавливается клинически и подтверждается рентгенологически.

**Возможные методы лечения:**

1. Вскрытие и дренирование абсцесса (внутри ротовой разрез мягких тканей, отток гнойного содержимого ленточным дренажом).
2. Резекция верхушки корня ( рассечение мягких тканей, высверливание участка кости в проекции верхушки корня, удаление верхушки корня с очагом воспаления, наложение швов).
3. Ампутация корня (разрез мягких тканей, высверливание участка кости, удаление одного корня много корневого зуба с очагом воспаления).
4. Гемисекция зуба (удаление корня много корневого зуба с очагом воспаления и частью зуба).

Методы лечения, перечисленные ранее, являются превентивной мерой (временной, в 30% случаев возможно повторное развитие инфекции). Альтернативным методом лечения является удаление зуба вместе с очагом воспаления.

1. Удаление сколотой стенки зуба, требующие восстановление зуба с помощью протезирования.
2. Кюретаж лунки (выскабливание очага воспаления, с последующим введением противовоспалительных и восстанавливающих препаратов).
3. Иссечение капюшона, зубного сосочка ( удаление воспаленной части мягких тканей, иногда требующее наложение швов).
4. Обработка раны (иссечение разрушенных мягких тканей, обработка антисептическими растворами, наложение швов).
5. Иссечение доброкачественных образований слизистой оболочки полости рта (удаление инородных тканей, медикаментозная обработка раневой поверхности, наложение швов).
6. Цистотомия ( рассечение оболочки кисты и выведение ее в ротовую полость).

**Возможные осложнения:**

1. кровотечение, требующее расширения оперативного вмешательства и \или назначение медикаментов
2. нарушение целостности гайморовой пазухи, повреждение костных структур и мягких тканей.
3. возникновение отеков, синяков, болей, чувства онемения.
4. развитие инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, сепсис)

Я понимаю, что данное вмешательство требует контрольного осмотра врачом и\или применения медикаментов, в том числе антибиотиков.

Я, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», даю добровольное информированное согласие на выполнение медицинскими работниками ООО «Панорама Мед» лечебных манипуляций в соответствии с предложенными планом.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Подпись пациента/представителя (по доверенности) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № зуба | диагноз | Вид медицинского вмешательства | дата | Подпись пациента |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |