

Приложение к договору № _____
предоставления платных медицинских услуг
от «___» 20__ года

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ: ПЛАСТИКУ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА (ФРЕНУЛОПЛАСТИКУ)

Я _____

Ф.И.О. взрослого пациента

**Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан.
Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.**

Я, _____,
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в ООО "Элитдентал М" (ОГРН 1166196056553), далее именуемое – «**Исполнитель**», и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **пластику уздечки языка (френулопластику)**.

Я получил(а) от врача _____ всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. **Цели лечения.** Уздечки - перепончатые складки слизистой оболочки ротовой полости, они служат дополнительным креплением языка. Уздечка языка проходит от середины языка до нижнего основания десен в области нижних резцов. Эта складка дополнительно удерживает язык, скрепляя его с челюстными костями. Длина подъязычной уздечки у всех людей разная, но у некоторых наблюдается неправильное ее развитие, в результате чего ограничивается подвижность языка. Если уздечка прикреплена слишком близко или находится на самом кончике языка, необходимо ее надсечение. Аномалии уздечки зачастую выявляются сразу после рождения - ребенок не может взять грудь, плохо сосет ее и быстро отказывается от кормления. Эти признаки, как правило, свидетельствуют о дефекте ротовой полости - короткой уздечке. При выраженным укорочении уздечки языка проблемы возникают с первых дней жизни: малыш не может правильно взять грудь, часто выпускает грудь изо рта, раздражается, пытается снова захватить сосок. При этом процесс кормления может сопровождаться болевыми ощущениями. При выраженным укорочении уздечки языка проблема обнаруживается в роддоме при осмотре новорожденного, и при возникновении проблем с грудным вскармливанием. В старшем возрасте короткая уздечка языка может приводить к нарушению формирования речи, а также к формированию нижнечелюстной диастемы и воспалению десны. Пластика уздечки языка - малоинвазивная операция, цель которой восстановление нормального питания, дыхания и речевых функций пациента, предотвращение формирования неправильного прикуса и заболеваний пародонта. Я подтверждаю, что при подготовке к проведению пластики уздечки языка получил(а) консультацию стоматолога-ортодонта и стоматолога-терапевта.

2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства.** Френулопластика будет выполняться врачом в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе пародонтит», утвержденными Решением Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» 23 апреля 2013 года с изменениями и дополнениями на основании Постановления № 18 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации.

Существует два основных способа пластики уздечки языка – классическая операция с использованием хирургического инструмента и лазерная хирургия. Френулопластика, как правило, проводится под местной анестезией, с рассечением уздечки языка и перенесением места ее прикрепления с последующим ушиванием. После пластики уздечки языка необходимо обязательное проведение специальных упражнений, занятий с логопедом для формирования правильных речевых навыков. Иногда также требуется назначение лекарственных средств и выполнение некоторых рекомендаций с целью профилактики послеоперационных осложнений. Швы, как правило, снимаются на четвертый-шестой день.

Выбор методов лечения и необходимых мне (пациенту) этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения. Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Совместно с врачом я имел(а) возможность выбрать из всех вариантов лечения наиболее рациональный.

Врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить пластику уздечки языка, я могу отказаться от ее выполнения. **Последствия отказа от пластики уздечки языка:** усугубление имеющихся заболеваний и нарушений – нарушение трофики тканей периода, деформация прикуса, дефекты речи, функциональные нарушения (сосания, глотания), развитие осложнений (пародонтит и пр.).

Мне разъяснена необходимость применения местной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Возможно также применение специального обезболивающего геля. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечности десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше. Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

3. **Риски, последствия, осложнения.** Я понимаю, что операция пластики уздечки языка является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Некоторые нежелательные побочные действия и осложнения нельзя исключить. Врач объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после операции: кровотечение; инфекционные осложнения, связанные с микробным фактором; болевые ощущения, отёк; онемение в области проведения операции или лица после хирургического вмешательства; гематомы; повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации; инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы в случае осложнений и при несоблюдения предписанных врачом назначений, рекомендаций и правил гигиены; аллергические реакции на анестезию, коллапс, анафилактический шок. Мне понятно, что указанные осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя. Я понимаю, что курение, приём алкоголя, наркотиков, некоторых лекарственных препаратов, чрезмерное употребление сахара, наличие и обострение имеющихся и вновь возникших заболеваний, полученные острые травмы снижают успех лечения.

4. **Противопоказания к выполнению пластики уздечки языка:** рецидивирующие заболевания слизистой оболочки рта; остеомиелит; множественный кариес с осложнениями; лучевое облучение головы и области шеи; церебральные поражения; болезни крови (лейкозы, гемофилия); инфекционные заболевания в стадии обострения; онкологические болезни и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (здравья пациента) - перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п. Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

5. **Предполагаемые результаты лечения.** Ожидаемым результатом пластики уздечки языка является достижение целей лечения, предупреждение развития осложнений.

6. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования до лечения и/или во время лечения по методу, рекомендованному врачом. При отказе от рентген-обследования (включая трехмерную компьютерную томографию) врач не сможет провести качественное лечение и исключить осложнения после лечения.

7. Гарантийный срок на проведенную операцию не устанавливается.

8. Врач объяснил мне, что после операции: в течение 3-5 суток не рекомендуется заниматься активным физическим трудом; в течение 2-4 часов не рекомендуется принимать пищу; в течение первых 3 суток после операции не следует принимать горячую пищу и напитки, следует употреблять мягкую пищу, нагретую до средней температуры; с целью предотвращения спазма сосудов необходимо отказаться от курения в ближайшие 5 часов (а лучше в течение 3-5 дней) после операции; не употреблять алкоголь на протяжении первых суток (а если назначены антибиотики, то исключить спиртные напитки необходимо на весь курс лечения – согласно инструкции к препарату). **Категорически запрещается:** греть травмированную область каким-либо образом (прием горячей ванны тоже следует исключить); заниматься интенсивным физическим трудом; открывать рот особо широко; предпринимать попытки проникнуть в рану при использовании посторонних предметов. Для облегчения болевого синдрома может быть показан прием болеутоляющих, противовоспалительных и/или антибактериальных препаратов. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Врачом может быть рекомендовано полоскание ротовой полости дезинфицирующими (антисептическими) растворами и медикаментозное лечение. Мне разъяснено и понятно следующее: **если врач не назначил полоскания (ротовые ванночки) и/или медикаментозное лечение, я не должен(на) выполнять их без согласования в врачем, так как это может ухудшить мое состояние (состояние пациента).**

9. Я понимаю, что мне необходимо явиться на осмотр в сроки, назначенные врачом, а также проконсультироваться с врачом-ортодонтом, если мне (пациенту) показано ортодонтическое лечение.

10. Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в пункте 3 настоящего соглашения состояний, осложнений, аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.

11. Неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме, может привести к увеличению сроков лечения и как следствие, увеличению стоимости лечения. Я

согласен(на) тщательно выполнять рекомендации врача в процессе лечения, понимая, что невыполнение или ненадлежащее их выполнение чревато ухудшением состояния моего здоровья (здравья пациента) и может повлиять на результат лечения. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

12. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.

13. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

14. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.

Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Пациент/Законный представитель пациента:

Дата: « ____ » 20 ____ года

Подпись: _____ / _____

Врач:

Дата: « ____ » 20 ____ года

Подпись: _____ / _____