

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: ЦИСТЕКТОМИЮ**

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: **цистэктомию**.

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

1. **Цели лечения.** Цистэктомия выполняется в целях остановки патологического процесса, предупреждения развития осложнений и позволяет избежать удаления зуба (зубов).

2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства.** Цистэктомия будет выполняться врачом в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе болезни периапикальных тканей», утвержденными Постановлением № 18 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации.

Цистэктомия - это хирургическая операция, при которой удаляется (иссекается) полностью тело кисты или гранулемы вместе с патологически измененной частью корня зуба. Операции предшествует механическая, медикаментозная обработка канала зуба с последующей постоянной пломбировкой канала. Операцию выполняют под местной анестезией. Цистэктомия, как правило, выполняется по следующему алгоритму: в области кисты со стороны преддверия рта производят полукруглый или трапециевидный разрез через слизистую оболочку и надкостницу. Слизисто-надкостничный лоскут отсепаровывают. Трепанацию и удаление наружной костной стенки альвеолы производят долотами или специальными шаровидными борами (фрезами). Сглаживают острые края. Удаляют содержимое кисты. Распатором отделяют кисту от кости. Удаляют целиком кисту, проводят кюретаж. В случае необходимости, если верхушки корней выступают в полость кисты, проводят резекцию верхушек корней зуба и ретроградное пломбирование. После этого полость промывают растворами антисептиков, слизисто – надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют узловыми швами.

Цистэктомия может производиться на верхней или нижней челюстях. Обычно при цистэктомии удаляется полностью оболочка зуба и жидкость внутри нее, а также производится резекция верхушки корня зуба. Это связано с тем, что из воспаленного канала инфекция проникает в глубокие зубные ткани. Пораженная часть корня обычно удаляется, так как корневая верхушка обычно содержит инфицированные клетки и является источником данной патологии.

Выбор методов медицинского вмешательства, а также необходимых мне 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. Альтернативным лечением являются: удаление зуба, отсутствие лечения как такового. Совместно с врачом я имел(а) возможность выбрать из всех вариантов лечения наиболее рациональный в моем клиническом случае вариант. Врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить цистэктомию, я могу отказаться от нее. Последствия отказа от цистэктомии могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений; вовлечение в инфекционный процесс соседних зубов и тканей; появление болевых ощущений; нагноение кисты (гранулемы), развитие синусита, лимфаденита, гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (абсцессы, флегмоны и т.д.); обострение системных заболеваний организма. Я понимаю, что невозможно точно установить сроки и объемы лечения ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения. Окончательный объем операции может отличаться от первоначального как в сторону уменьшения, так и в сторону расширения объема оперативного вмешательства; кроме того, в ходе операции может возникнуть необходимость осуществления дополнительного медицинского вмешательства (вмешательств), иных операций, рентгенологических и других специальных исследований.

**3. Риски, последствия, осложнения.** Я понимаю, что цистэктомия 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. Хирургическое лечение в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти. Врач объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после цистэктомии: формирование свища, повреждение альвеолярных нервов и кровеносных сосудов, перфорация верхнечелюстной пазухи и полости носа, что может потребовать дополнительного терапевтического консервативного стоматологического лечения, в том числе гайморотомии. Вышеуказанные осложнения могут быть обусловлены анатомо-физиологическими особенностями моего организма, наличием хронического либо острого патологического процесса (заболевания). В послеоперационном периоде возможно возникновение неприятных болезненных ощущений, развитие кровотечения, потемнение зубов, рецидив кисты (гранулемы), в послеоперационном периоде также возможно сохранение отека или инфильтрата на протяжении нескольких дней или недель. Послеоперационный восстановительный период является индивидуальным по длительности и характеру течения, может замедляться при наличии возникших осложнений; кроме того, процесс заживления может протекать при наличии неприятных болезненных ощущений разной степени интенсивности в зоне оперативного вмешательства и зависит от индивидуальных особенностей строения моей зубочелюстной системы и возраста. Мне понятно, что указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя. Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течении нескольких дней и более. Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

**4. Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства:** острый лейкоз, агранулоцитоз; острое нарушение кровообращения (обморок, коллапс, шок); острые инфекции; осткая анаэробная и аэробная инфекция; осткая лучевая болезнь; патология иммунной системы (тяжелые инфекции и т.п.) 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 (перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п.). Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем 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 цистэктомии является остановка патологического процесса, предупреждение развития осложнений.

6. Я поставлен(а) в известность о том, что на цистэктомию гарантийные сроки не устанавливаются. Я информирован(а), что длительное заживление послеоперационной раны, ее возможное инфицирование, частичное или полное расхождение швов, воспалительный процесс в гайморовой пазухе, образование послеоперационных рубцов считаются особенностями проведения хирургических вмешательств и не являются существенными недостатками предоставленных медицинских услуг.

7. Врач объяснил мне, что после проведения цистэктомии в течение 5-7 часов не рекомендуется принимать пищу. После операции рекомендуется щадящая чистка зубов мягкой зубной щеткой в области проведения хирургической процедуры, если иные рекомендации не даны врачом. На период заживления (от 14 до 20 суток) мне следует: исключить потребление твердых продуктов питания (овощей, фруктов, жесткого хлеба и пр.); употреблять продукты комнатной температуры; не рекомендовано употреблять горячие, холодные напитки; до полного восстановления тканей алкогольные напитки следует полностью исключить из рациона; не рекомендуется курить до полного окончания периода реабилитации; следует минимизировать жевательные нагрузки на заживающий участок. Если врачом назначены антибиотики, то следует исключить спиртные напитки на весь курс лечения антибиотиками согласно инструкции к препарату. Также врачом может быть рекомендовано полоскание ротовой полости дезинфицирующими (антисептическими) растворами и медикаментозное лечение. В период лечения гнойных воспалительных заболеваний челюсто-лицевой области (в том числе кисты) противопоказано применение согревающих компрессов, самостоятельный прием лекарственных препаратов, в том числе прием аспирина. 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. Мне разъяснено и понятно следующее: **если врач не назначил полоскания (ротовые ванночки), компрессы и/или медикаментозное лечение, я не должен(на) выполнять их без согласования в врачем, так как это может ухудшить мое состояние.**

8. Я понимаю, что мне необходимо явиться на осмотр в сроки, назначенные врачом, а также проконсультироваться с врачом-ортопедом с целью дальнейшего восстановления зубного ряда.

9. Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в пункте 3 настоящего согласия 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.

10. 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 и может повлиять на результат лечения. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

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

12. 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.

13. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью моей 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: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_