

Информированное Добровольное согласие пациента на удаление зуба

Диагноз _____

Пациент дает согласие врачу _____

Метод лечения: удаление зуба, (корней). Альтернативных вариантов лечения нет. удаление зуба № _____

Перспективы и результаты медицинского вмешательства при имеющемся заболевании зависят от своевременности удаления, полноты удаления тканей зуба, размера травмы окружающих мягких и твердых тканей, общего состояния организма, индивидуальных анатомических и физиологических особенностей, выполнения рекомендаций врача, посещения врача для контрольного осмотра.

Возможные осложнения, время их развития и исчезновения, методы и результаты их коррекции: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений – альвеолита, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма, перелом зуба, соскальзывание наложенных щипцов с зуба, попадание осколка корня зуба в гайморову пазуху, перфорация гайморовой пазухи, откол части кортикальной пластинки альвеолярного ложа зуба, травматический отек, аллергические реакции на раствор анестетика, травма и/или удаление зачатка постоянного зуба. Время возникновения осложнений от немедленного до 1 месяца. Коррекция осложнений может потребовать дополнительного лечения.

Методы реабилитации после проведения лечения, способствующие скорейшему выздоровлению: выполнение рекомендаций врача, памятки для пациента после удаления зуба, посещение пациентом врача для контрольных осмотров.

Методы первичной и вторичной профилактики осложнений: проинформировать врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и в настоящее время, выполнять все предписания и рекомендации врача.

Пациент предупрежден о том, что последствиями отказа от данного хирургического вмешательства могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

Пациент проинформирован о том, что после удаления зуба потребуется лечение адентии (отсутствие зуба), а именно - _____.

Исполнитель гарантирует, что при проведении дополнительных диагностических, лечебных или профилактических мероприятий, которые могут быть потенциально опасными для жизни и здоровья Заказчика, в обязательном порядке информирует об этом Заказчика и приведет сведения о возможных осложнениях, методах их профилактики и коррекции (при угрозе альвеолита, появлении болевых ощущений, а также обострении системных заболеваний организма, перелома зуба, соскальзывания наложенных щипцов с зуба, попадания осколка корня зуба в гайморову пазуху, перфорации гайморовой пазухи, откола части кортикальной пластинки альвеолярного ложа зуба, травматического отека, аллергической реакции на раствор анестетика, травмы и/или удаления зачатка постоянного зуба).

Мне известно, что при данном медицинском вмешательстве могут возникнуть ситуации, опасные для здоровья, также возможны аллергические реакции и связанные с ними осложнения. В случае необходимости я доверяю врачу расширить объем оказываемых услуг до необходимого для надлежащего оказания медицинских услуг или предотвращения вреда состоянию моего здоровья.

Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.

Памятка после удаления зуба получена.

Пациент:

_____/_____

Дата _____