

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на рентгенодиагностику

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____
(ФИО полностью)

« ____ » _____ года рождения, паспорт: серия « ____ » № _____ выдан _____
Дата выдачи: _____ г.,

зарегистрированный по адресу: _____,
проживающий по адресу: _____,
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____ (далее- Пациент)
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ года рождения, проживающего по адресу: _____

на основании _____
(Документ, подтверждающий полномочия законного представителя)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю согласие на проведение медицинского исследования,

в ООО «Бэл-Ар МЕД».

Медицинским работником - **врачом- рентгенологом** _____

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено следующее:

- **целью проведенного исследования является:** распознавания физиологических и патологических состояний, установление факта наличия / либо отсутствия заболевания, травм, пороков развития для определения диагноза в связи с показанием: _____

(указать диагноз)

- **метод проведения медицинского исследования заключается в проведении лучевой диагностики с использованием рентгеновского излучения**
- **проведение медицинского исследования сопряжено с риском:** превышение допустимой лучевой нагрузки, что отрицательно влияет на кроветворную, сердечно-сосудистую, дыхательную системы.

- **результатом медицинского исследования является:** уточнение диагноза, его подтверждение/отсутствие
- **возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского исследования:** невозможность постановки правильного диагноза и как следствие правильного лечения - прогрессирование заболевания, развитие осложнений.
- **альтернативный вариант медицинского исследования:** отказ от лечения или лечение без рентгенодиагностики

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- **противопоказаниями для проведения настоящего медицинского исследования являются:** беременность на протяжении всего срока (исключение пожизненные показания при проведении консилиума), отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведение пациенту курсов лучевой терапии менее, чем за 6 месяцев до настоящего времени)
- средняя доза облучения, получаемая при проведении рентгенодиагностики (цифровой) составит 0,001-0,004 мЗв на один снимок
- несоблюдение режима и рекомендаций медицинского персонала может отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента, эффективности результата лечения и вызвать осложнения;
- до начала медицинского исследования я могу отказаться от его проведения и потребовать его прекращения;

Мне понятен предлагаемый метод исследования, а также я информирован (информирована), что врач может счесть необходимым направить меня (представляемого) на дополнительные рентгенологические исследования в иные специализированные медицинские организации.

Я доверяю медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения состояния пациента.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся у пациента болезни и состояния и, добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья пациента.

Я уведомлен(а) о том, что мне (представляемому) гарантирован контроль за дозой облучения в целях обеспечения и контроля моей (представляемого) безопасности, в частности, правильное ведения листа учета дозовых нагрузок пациента при рентгенологических исследованиях.

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья пациента: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____
(подпись законного представителя) (ФИО)

Я, врач-рентгенолог _____ подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском исследовании рентгенодиагностики, а также ответил пациенту (законному представителю Пациента) в доступной форме на все заданные вопросы. Законный представитель пациента согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

« ____ » _____ 202 ____ г. _____ / _____

ФОРМА

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство - медикаментозной седации (медикаментозного сна)

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____

(ФИО полностью)

« ____ » _____ года рождения, паспорт: серия « ____ » № _____ выдан _____

Дата выдачи: _____ г.

зарегистрированный по адресу: _____

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____ (далее- Пациент)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ года рождения, проживающего по адресу: _____

на основании _____

(Документ, подтверждающий полномочия законного представителя)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю согласие на проведение медицинского вмешательства -

в ООО «Бэл-Ар МЕД».

Медицинским работником - **врачом-анестезиологом-реаниматологом**

_____ (далее – лечащий врач)

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено следующее:

- **целью медицинского вмешательства является:** обеспечение комфортного, безболезненного проведения основного медицинского вмешательства (эндоскопического, хирургического, диагностического), которое направлено на болеутоление, устранение чувства страха, беспокойства (проявлений стресса), дискомфорта;

- **метод проведения медицинского вмешательства заключается** в погружении в медикаментозный сон пациента, с помощью специального катетера, установленного в периферическую вену, через который под контролем и при мониторинговании жизненно-важных функций организма внутривенно вводятся специальные лекарственные препараты (транквилизаторы, седативные, антиаллергические и др.), в результате действия которых исчезают чувства страха и беспокойства, происходит торможение рефлексов, наступает поверхностный сон, при этом пациент сохраняет самостоятельное дыхание, может производить глотательные движения;

- **проведение медицинского вмешательства сопряжено с риском возникновения** – болезненности в месте (-ах) пункции, в период пробуждения возможны головная боль, тошнота, рвота, психомоторное возбуждение, приводящее к возможной травматизации, кратковременные потеря памяти и галлюцинации;

- **возможные послеоперационные реакции и осложнения:** аритмии, флебит, тромбоз, гиповентиляция, бронхоспазм, кратковременное апноэ, эпилептиформные подергивания, включая опистотонус во время введения в анестезию, поддержания и в стадии пробуждения, послеоперационная лихорадка, панкреатит, брадикардия, отек легких, панкреатит, анафилаксия, которая может проявляться в виде ангионевротического отека, эритемы, снижения артериального давления; асистолия, отек легких, депрессия, слабость, головокружение;

- **результатом медицинского вмешательства является:** отсутствие болевых ощущений при проведении медицинского вмешательства;

- **альтернативный вариант медицинского вмешательства:** местная анестезия, общая анестезия, проведение вмешательства без анестезии.

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- **противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства являются:** аллергические реакции на определенные лекарственные препараты, тяжелые формы соматических заболеваний, нарушение ритма сердечной деятельности, эпилепсия, гипертонический криз или приступ стенокардии, беременность, период грудного вскармливания. С осторожностью применяют лекарственные препараты для седации при нарушениях липидного обмена, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, печени и почек, у пожилых пациентов, при употреблении накануне алкоголя, психоактивных или психотропных средств, имеются признаки острого респираторного заболевания;

- во время проведения медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения, что может потребовать проведения дополнительных медицинских вмешательств, в том числе

экстренных. В таком случае **я согласен (согласна)** на то, что ход медицинской манипуляции может быть изменен медицинским персоналом по их усмотрению. В случаях моего отсутствия и/или когда мое состояние не позволит мне выразить свою волю, а необходимость проведения медицинских вмешательств неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах пациента решает консилиум врачей в соответствии с пунктами 1 и 2 части 9 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач;

- что медикаментозный сон может временно снизить время реакции на происходящие события, что может повлечь за собой серьезные последствия, в связи с чем рекомендуется исключить управление автомобилем в течении суток после проведения исследования, а также совершать иные действия, требующие высокой концентрации внимания и быстрой реакции. Также рекомендуется в течении нескольких дней исключить употребление алкоголя и физические нагрузки;

- в случае возникновения каких-либо проблем в послеоперационном периоде, связанных с проведенным медицинским вмешательством, необходимо обратиться на прием к врачу или вызвать для оказания медицинской помощи бригаду скорой медицинской помощи;

- несоблюдение режима и рекомендаций медицинского персонала может отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента, эффективности результата и вызвать осложнения;

- до начала медицинского вмешательства я могу отказаться от его проведения.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен (согласна) с возможным изменением объема медицинского вмешательства (его расширение или уменьшение) по показаниям. **Я доверяю** медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для проведения медицинской манипуляции и улучшения состояния пациента.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся у пациента болезни и состояния и, добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья пациента.

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения по поводу медицинского вмешательства, его цели, метод, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, предполагаемых результатах, возможных последствиях и осложнениях, мне понятен смысл всех терминов, удовлетворяют меня и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья пациента: _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
« _____ » _____ 20 _____ г. _____ / _____
(подпись законного представителя) (ФИО)

Я, врач анестезиолог-реаниматолог _____ подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском вмешательстве **медикаментозной седации (медикаментозного сна)**, а также ответил Пациенту (законному представителю) в доступной форме на все заданные вопросы. Пациент (законный представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

« _____ » _____ 202 _____ г. _____ / _____
(подпись лечащего врача)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на медицинское вмешательство - внутрисуставное введение лекарственного препарата

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____
(ФИО полностью)

« ____ » _____ года рождения, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне медицинского вмешательства внутрисуставное введение лекарственного препарата _____

—
(указать препарат)

в область _____ сустава, в ООО «Бэл-Ар МЕД».

Медицинским работником - врачом- _____ (далее – лечащий врач)

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено следующее:

- цель медицинского вмешательства: лечебная, улучшение качества жизни;
- метод проведения медицинского вмешательства заключается в непосредственном введении лекарственного препарата в полость сустава при помощи одноразового медицинского шприца;
- проведение медицинского вмешательства сопряжено с риском инфекционных осложнений, непреднамеренного причинения вреда здоровью;

--- возможные реакции и осложнения данного метода лечения: кратковременное повышение артериального давления и уровня глюкозы в сыворотке крови; боль в месте инъекции, «дискомфорт», «чувство жара» в суставе; усиление признаков воспаления и ограничение движений в суставе; повреждение тканей иглой (хрящей, капсулы сустава, сосудов и нервных окончаний); аллергические реакции на лекарственные вещества.

- результатом медицинского вмешательства является купирование болевого синдрома, применяемые препараты оказывают максимальное местное воздействие, способствуют уменьшению воспалительного процесса и отёка тканей, стимулируют регенерацию хрящевой ткани, повышают вязкость синовиальной жидкости (лекарственные препараты, включающие гиалуронат натрия), улучшают подвижность суставов.
- противопоказанием для внутрисуставных инъекций являются: аллергия на предыдущие или предлагаемые препараты; ранняя тяжелая стероидная реакция; сопутствующий остеомиелит; бактериемия; гемартроз; предстоящая операция по замене сустава; инфекционный артрит; суставной протез; остеохондральный перелом; периартикулярный целлюлит; плохо контролируемый сахарный диабет; неконтролируемое кровотечение или коагулопатия;
- альтернативный методы лечения: применение таблетированных и инъекционных лекарственных препаратов, местное лечение лекарственными препаратами на мазевой основе, физиотерапевтические методы лечения.

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства являются: заболевания свертывающей системы крови; инфекционные заболевания; тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации. Не допускается проведение манипуляции при острых заболеваниях и состояниях, в том числе местных воспалительных процессов в области выполнения вмешательства, и при обострении хронических заболеваний;
- внутрисуставное введение лекарственного препарата не гарантирует полного выздоровления и в ряде случаев могут потребоваться повторные инъекции, в т.ч. в связи с возможными постинъекционными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и я не возражаю против этого;
- особенностями моего клинического случая является _____

- в случае возникновения каких-либо проблем, связанных с проведенным медицинским вмешательством, мне следует немедленно обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача;
- в течении трёх суток с момента проведения манипуляции рекомендуется ограничение физической нагрузки, в течении суток - не подвергать место инъекции воздействию влажной среды. Несоблюдение режима и рекомендаций медицинского персонала может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, эффективности проведенной манипуляции и вызвать осложнения;
- до начала медицинского вмешательства я могу отказаться от его проведения, даже в случае, когда назначенный вид вмешательства является единственным, или потребовать прекращения его проведения.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен (согласна) с возможным изменением объема медицинского вмешательства (его расширение или уменьшение) по показаниям.

Я доверяю медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни и состояния и добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я понимаю, что во время операции возможна потеря крови и даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ / _____
(подпись пациента) (ФИО)

Я, врач- _____ подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском вмешательстве - внутрисуставное введение лекарственного препарата, а также ответил Пациенту (-ке) в доступной форме на все заданные вопросы. Пациент (-ка) согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался (-лась) в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

« _____ » _____ 202 _____ г. _____ / _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство - грыжесечение пупочной грыжи
с применением сетчатого проленового импланта/без применения импланта

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____
(ФИО полностью)

«__» _____ года рождения, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на

проведение мне медицинского вмешательства грыжесечение пупочной грыжи с применением сетчатого проленового импланта/без применения импланта в ООО «Бэл-Ар МЕД».

(нужное подчеркнуть)

Медицинским работником - **врачом-хирургом** _____ (далее – лечащий врач)

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено следующее:

- **целью медицинского вмешательства является:** профилактика осложнений, связанных с наличием и прогрессирующим грыжи: развитие ущемления грыжевого выпячивания, увеличение размеров грыжи;

- **метод проведения медицинского вмешательства заключается в следующем:** После обработки операционного поля растворами антисептиков под местной инфильтрационной анестезией (раствор 1% лидокаина или раствор 0,5; 1,0 % новокаина) или регионарной спинномозговой анестезией (раствор Бупивакаин 3 мл 0,5%), в некоторых случаях и под эндотрахеальным наркозом выполняется доступ к пупочному кольцу линейным разрезом над пупочным кольцом или слева от него кожи до 5 см, подкожно-жировой клетчатки послойно в области грыжевого выпячивания, выделяется грыжевой мешок. Грыжевой мешок в зависимости от размеров может быть как иссечен, так и погружен в брюшную полость. После обработки грыжевого мешка выполняется пластика апоневроза передней брюшной стенки в области грыжевых ворот проленовой сеткой по методике sub lay – выкраивается необходимых размеров сетчатый имплант, устанавливается в предбрюшинное пространство (между брюшиной и апоневрозом передней брюшной стенки) под апоневроз, фиксируется отдельными узловыми швами к апоневрозу. Либо выполняется пластика апоневроза без использования импланта путем ушивания дефекта апоневроза в продольном или поперечном направлении с формированием дубликатуры по стандартным методикам (Сапежко или Мейо). После установки и фиксации сетчатого импланта выполняется послойное ушивание раны – шов на апоневроз проленовой нитью в поперечном или продольном направлении, фиксация пупка к апоневрозу проленовой нитью 3/0, шов на подкожно-жировую клетчатку рассасывающейся полигликолидной нитью и шов на кожу.

Герниопластика пупочной/околопупочной грыжи с использованием проленового сетчатого импланта (сетки) выполняется, как правило в области пупочного кольца с размерами грыжевых ворот от 3-х см (без применения сетчатого импланта при размерах грыжевых ворот до 3-х см) в условиях операционной.

- **проведение медицинского вмешательства сопряжено с риском** рецидива грыжи, наличия инфицирования сетчатого импланта, развитие инфаркта подкожно жировой клетчатки, кисты импланта, отторжение импланта, образования лигатурных свищей, нарушений сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью;

- **возможные послеоперационные реакции и осложнения:** В течение раннего послеоперационного периода (7-10 дней) отмечается появление умеренного отека, экхимозов (синяков), скопление раневого отделяемого в подкожно-жировой клетчатке (серома), снижение или изменение чувствительности кожи в области операции, болезненные ощущения при физической нагрузке или активных движениях тела;

- **результатом медицинского вмешательства является** устранение патологии передней стенки живота, исключение развития острого живота (осложнение ущемленной грыжи);

- **возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства:** ущемление грыжи с последующим развитием некроза кишки/брыжейки, перитонита (жизнеугрожающее состояние);

- **альтернативный вариант** медицинского вмешательства: оперативное лечение лапароскопическим доступом.

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- **противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства являются:** наличие заболевания свертывающей системы крови, инфекционного заболевания, тяжёлого соматического заболевания в стадии декомпенсации, чувствительности к синтетическим сетчатым протезам;

- при острых заболеваниях и состояниях, в том числе местных воспалительных процессов в области выполнения вмешательства, и при обострении хронических заболеваний; при приеме алкоголя менее чем за 2 дня до манипуляции; беременность;

- во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае **я согласен (согласна)** на то, что ход операции может быть изменен медицинским персоналом по

их усмотрению. В случаях моего отсутствия и/или когда мое состояние не позволит мне выразить свою волю, а необходимость проведения медицинских вмешательств неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах пациента решает консилиум врачей в соответствии с пунктами 1 и 2 части 9 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач;

- в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и **я не возражаю** против этого;
- в случае возникновения каких-либо проблем в послеоперационном периоде, связанных с проведенным медицинским вмешательством, следует немедленно обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача;
- несоблюдение режима и рекомендаций медицинского персонала может отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента, эффективности результата операции и вызвать осложнения;
- до начала медицинского вмешательства я могу отказаться от его проведения, даже в случае, когда назначенный вид хирургического вмешательства является единственным, или потребовать прекращения его проведения¹.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен (согласна) с возможным изменением объема медицинского вмешательства (его расширение или уменьшение) по показаниям. **Я доверяю** медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения состояния пациента.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся болезни и состояния и, добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья пациента.

Я понимаю, что во время операции возможна потеря крови и **даю согласие** на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья пациента: _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
« _____ » _____ 20 _____ г. _____ / _____
(подпись законного представителя) (ФИО)

Я, врач-хирург _____ подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском вмешательстве Грыжесечение пупочной/околопупочной грыжи с применением сетчатого проленового импланта/без применения импланта, а также ответил Пациенту (-ке) в доступной форме на все заданные вопросы. Пациент (-ка) согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался (-лась) в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

Врач _____
(подпись лечащего врача)
« _____ » _____ 202 _____ года.

¹ *предусмотренном законодательством РФ, порядке, в случае если манипуляции была прекращена по требованию пациента, её стоимость возврату не подлежит.*

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на медицинское вмешательство - минифлебэктомии поверхностных варикозных вен

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____
(ФИО полностью)

«___» _____ года рождения, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на

проведение мне медицинского вмешательства _____, в ООО «Бэл-Ар МЕД».

Медицинским работником - **врачом-хирургом** (далее – лечащий врач) _____

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено следующее:

- **целью медицинского вмешательства является:** лечение варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей, направленный на устранение обратного тока венозной крови по сосудам и улучшения венозного кровотока от нижней конечности, профилактика осложнений, связанных с прогрессированием варикозной болезни: развитие трофических язв, тромбоза, тромбоза легочной артерии (ТЭЛА).

- **метод проведения медицинского вмешательства заключается в следующем:** Под ультразвуковым, визуальным контролем и местным обезболиванием (анестезия проводится лекарственным препаратом «Лидокаин» 2% 2,0 мл. (Sol.Novocaini 0,25%) в разведении с раствором NaCl 0,9% 4,0 мл – через проколы размерами 1-5 мм с помощью специальных хирургических инструментов удаляются поверхностные варикозно-измененные вены.

- **проведение медицинского вмешательства сопряжено с риском** повреждения крупных магистральных сосудов нижних конечностей, наружных кровотечений, инфекции мягких тканей нижних конечностей; тромбозов подкожных вен, тромбозов глубоких вен, тромбоза легочной артерии, парадоксальной тромбоза; потемнения кожи (гиперпигментации) и уплотнения по ходу удаленных вен, которые могут сохраняться в течение длительного срока, в течении некоторого, в том числе и длительного времени может сохраняться боль в местах пункции и по ходу удаленных вен локальных нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, риском развития аллергических реакций на обезболивающее средство, в том числе: крапивницы, отека Квинке, анафилактического шока (жизнеугрожающее состояние), крайне редко формированием рубцов.

- **возможные послеоперационные реакции и осложнения:** в течение последующих 2-3 дней в области вмешательства могут появляться экхимозы (синяки) и уплотнения в области проведения манипуляции.

- **результатом медицинского вмешательства является** достижение косметического результата с высокой эффективностью в виде устранения патологического вено-венозного сброса крови (рефлюкса) и удаление варикозно трансформированных вен, способствующий устранению застоя крови.

- **возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства:** трофические нарушения кожных покровов (дерматит, экзема, язвы), тромбоз пораженных вен, кровотечение, тромбоз вен, включая ТЭЛА (тромбоз легочной артерии), острый тромбоз, флебит.

- **альтернативный вариант медицинского вмешательства:** консервативное лечение, использование компрессионного трикотажа, склеротерапия, комбинированная флебэктомия, эндовенозная лазерная и радиочастотная облитерация.

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- **противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства являются:** эпилепсия, любые злокачественные новообразования, нарушения свертываемости крови, тромбоз глубоких вен, выраженный атеросклероз артерий нижних конечностей, не рекомендуется выполнение вмешательства в период беременности и лактации, при наличии заболеваний, при которых противопоказано ношение компрессионного белья, при острых заболеваниях, в том числе местных воспалительных процессов в области выполнения вмешательства, и при обострении хронических заболеваний; при приеме алкоголя менее чем за 2 дня до манипуляции; при проведении эпиляции, использования лосьонов или кремов, менее чем за 2 дня до манипуляции

- во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае **я согласен (согласна)** на то, что ход операции может быть изменен медицинским персоналом по их усмотрению. В случаях моего отсутствия и/или когда мое состояние не позволит мне выразить свою волю, а необходимость проведения медицинских вмешательств неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в

интересах пациента решает консилиум врачей в соответствии с пунктами 1 и 2 части 9 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач.
- в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и я не возражаю против этого;
- в случае возникновения каких-либо проблем в послеоперационном периоде, связанных с проведенным медицинским вмешательством, следует немедленно обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача;
- несоблюдение режима и рекомендаций медицинского персонала может отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента, эффективности результата операции и вызвать осложнения;
- до начала медицинского вмешательства я могу отказаться от его проведения, даже в случае, когда назначенный вид хирургического вмешательства является единственным, или потребовать прекращения его проведения ¹ .

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен (согласна) с возможным изменением объема медицинского вмешательства (его расширение или уменьшение) по показаниям. **Я доверяю** медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения состояния пациента.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся болезни и состояния и, добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья пациента.

Я понимаю, что во время операции возможна потеря крови и **даю согласие** на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья пациента: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ / _____
 (подпись законного представителя) (ФИО)

Я, врач-хирург _____ подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском вмешательстве **минифлебэктомии поверхностных варикозных вен**, а также ответил Пациенту (-ке) в доступной форме на все заданные вопросы. Пациент (-ка) согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался (-лась) в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

Врач _____
 (подпись лечащего врача)

« _____ » _____ 202 _____ года.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство - обрезание крайней плоти полового члена (Циркумцизио)

Я, нижеподписавшийся _____

(ФИО полностью)

« ____ » _____ года рождения, паспорт: серия « ____ » № _____ выдан _____

Дата выдачи: _____ г.

зарегистрированный по адресу: _____

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____ (далее- Пациент)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ года рождения, проживающего по адресу: _____

на основании _____

(Документ, подтверждающий полномочия законного представителя)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю согласие на проведение медицинского вмешательства -

, в ООО «Бэл-Ар МЕД».

Медицинским работником - **врачом-урологом-хирургом** (далее – лечащий врач) -

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено следующее:

- **целью медицинского вмешательства является:** устранение анатомического недостатка (наличие рубцового фимоза и его осложнений, синехии крайней плоти, баланопостит, парафимоз), профилактика хронических заболеваний;

- **метод проведения медицинского вмешательства заключается** **обрезание крайней плоти полового члена (циркумцизио)** выполняется, как правило, в области крайней плоти головки полового члена в условиях операционной. После обработки операционного поля растворами антисептиков под местной инфильтрационной анестезией (раствор 1% Лидокаина или раствор 0,5; 1,0 % новокаина) или регионарной спинномозговой анестезией (раствор Бупивакаин 3 мл 0,5%), иногда с использованием внутривенной анестезии, в некоторых случаях и под эндотрахеальным наркозом выполняется обработка наружных половых органов растворами антисептиков. Крайняя плоть полового члена скальпелем или с применением скальпеля и аппарата ЭХВЧ иссекается по окружности наружного и внутреннего листка крайней плоти, гемостаз осуществляется коагуляцией ЭХВЧ, на кожную рану накладываются швы. На область послеоперационной раны накладывается марлевая турунда с мазью Левомеколь, асептическая повязка;

- **проведение медицинского вмешательства сопряжено с риском возникновения** - гематомы в связи с послеоперационным кровотечением в области операции, воспаление в области наложения швов, расхождение швов в связи с эрекцией;

- **возможные послеоперационные реакции и осложнения:** В течение раннего послеоперационного периода (7-14 дней) часто отмечаются болезненные ощущения различной интенсивности при физической нагрузке, контакте с одеждой, появление умеренного отека, гематомы кожи и головки полового члена, сукровичного раневого отделяемого, требующие регулярных перевязок и осмотра урологом.;

- **результатом медицинского вмешательства является:** устранение очага инфекции;

- **возможные последствия**, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства: развитие инфекций мочевых путей, увеличение риска возникновения рака полового члена;

- **альтернативный вариант** медицинского вмешательства: альтернативы оперативному лечению нет.

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- **противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства являются:** при острых заболеваниях и состояниях, в том числе местных воспалительных процессов в области выполнения вмешательства, и при обострении хронических заболеваний; при приеме алкоголя менее чем за 2 дня до манипуляции; наличие общего неоперабельного состояния или отсутствия согласия пациента.

- во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае **я согласен (согласна)** на то, что ход операции может быть изменен медицинским персоналом по их усмотрению. В случаях моего отсутствия и/или когда мое состояние не позволит мне выразить свою волю, а

необходимость проведения медицинских вмешательств неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах пациента решает консилиум врачей в соответствии с пунктами 1 и 2 части 9 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач.

- в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и **я не возражаю** против этого;

- в случае возникновения каких-либо проблем в послеоперационном периоде, связанных с проведенным медицинским вмешательством, следует немедленно обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача;

- несоблюдение режима и рекомендаций медицинского персонала может отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента, эффективности результата операции и вызвать осложнения;

- до начала медицинского вмешательства я могу отказаться от его проведения, даже в случае, когда назначенный вид хирургического вмешательства является единственным, или потребовать прекращения его проведения¹.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен (согласна) с возможным изменением объема медицинского вмешательства (его расширение или уменьшение) по показаниям. **Я доверяю** медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения состояния пациента.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся у пациента болезни и состояния и, добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья пациента.

Я понимаю, что во время операции возможна потеря крови и **даю согласие** на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья пациента: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

« _____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____
(подпись законного представителя) (ФИО)

Я, врач-уролог хирург _____ подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском вмешательстве **Обрезание крайней плоти полового члена (циркумцизио)**, а также ответил Пациенту в доступной форме на все заданные вопросы. Законный представитель пациента согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

« _____ » _____ 202 ____ г. _____ / _____
(подпись лечащего врача)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство - иссечение анальной трещины

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____

(ФИО полностью)

«__» _____ года рождения, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на

проведение мне медицинского вмешательства - **иссечение анальной трещины**, в ООО «Бэл-Ар МЕД».

Медицинским работником - **врачом-колопроктологом** _____

(далее – лечащий врач)

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено следующее:

- **целью медицинского вмешательства является:** оперативное лечение хронической анальной трещины;
- **метод проведения медицинского вмешательства заключается** в механическом иссечении анальной трещины с помощью хирургического скальпеля и/или с применением скальпеля аппарата ЭХВЧ в пределах здоровых тканей клиновидным разрезом, гемостаз осуществляется коагуляцией ЭХВЧ, при наличии спазма анального сфинктера дополнительно может быть выполнена боковая дозированная сфинктеротомия – отдельным разрезом (до 1 см.) кожи по боковой поверхности ануса обеспечивается доступ к мышечным волокнам внутреннего сфинктера, по соответствующей методике выполняется частичное надсечение мышечных волокон, на кожную рану накладывается шов. Иссечение анальной трещины проводится в стационарных условиях под спинномозговой анестезией (раствор Бупивакаин 3 мл 0,5%);
- **проведение медицинского вмешательства сопряжено с риском** потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью.
- **возможные послеоперационные реакции и осложнения:** кровоизлияния в месте иссечения, воспаление тканей в области раны и умеренные болевые ощущения, самостоятельно регрессирующие в течение первых суток, появление умеренного отека, сукровичного раневого отделяемого, болезненные ощущения различной интенсивности при физической нагрузке, дефекации, при длительном сидячем положении тела, недержание жидкого стула и газов, выделение слизи, боли в заднем проходе, каловый завал, длительно незаживающая рана (более 3-х месяцев после операции), связанные как со сфинктеротомией, так и с течением раневого процесса.
- **результатом медицинского вмешательства является** удаление патологического процесса, получение материала для гистологического исследования, которое является наиболее точным методом диагностики онкологических заболеваний;
- **возможные последствия**, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства - нагноение в области промежности с развитием флегмоны промежности и тазового перитонита, в редких случаях – трансформирование в злокачественное новообразование;
- **альтернативный вариант** медицинского вмешательства - отсутствует.

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства являются: заболевания свертывающей системы крови; инфекционные заболевания; тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации. Не допускается проведение операции при острых заболеваниях и состояниях, и при обострении хронических заболеваний; при приеме алкоголя менее чем за 2 дня до операции;
- во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае **я согласен (согласна)** на то, что ход операции может быть изменен медицинским персоналом по их усмотрению. В случаях, когда мое состояние не позволит мне выразить свою волю, а необходимость проведения медицинских вмешательств неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в моих интересах решает консилиум врачей, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач;
- в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и **я не возражаю** против этого;
- в случае возникновения каких-либо проблем в послеоперационном периоде, связанных с проведенным медицинским вмешательством, мне следует немедленно обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача;
- несоблюдение режима и рекомендаций медицинского персонала может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, эффективности результата операции и вызвать осложнения;

- до начала медицинского вмешательства я могу отказаться от его проведения, даже в случае, когда назначенный вид хирургического вмешательства является единственным, или потребовать прекращения его проведения.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен (согласна) с возможным изменением объема медицинского вмешательства (его расширение или уменьшение) по показаниям. **Я доверяю** медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни и состояния и добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я понимаю, что во время операции возможна потеря крови и **даю согласие** на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

« _____ » _____ 20__ г. _____ / _____
(подпись пациента) (ФИО)

Я, врач-колопроктолог _____ подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском вмешательстве - **иссечение анальной трещины**, а также ответил Пациенту (-ке) в доступной форме на все заданные вопросы. Пациент (-ка) согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался (-лась) в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

« _____ » _____ 202__ г. _____ / _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на медицинское вмешательство - склеротерапия телеангиоэктазий и ретикулярного варикоза

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____
(ФИО полностью)

« ____ » _____ года рождения, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г.

№ 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне медицинского вмешательства - **склеротерапии телеангиоэктазий и ретикулярного варикоза** в ООО «Бэл-Ар МЕД».

Медицинским работником - **врачом-хирургом** (далее – лечащий врач) _____
(далее – лечащий врач)
ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено следующее:

- **целью медицинского вмешательства является:** устранение косметического дефекта кожи
- **метод проведения медицинского вмешательства заключается в следующем:** под ультразвуковым контролем в выбранные поверхностные вены выполняются инъекции специального лекарственного препарата – склерозанта (фибро-вейн, этоксисклерол) в виде жидкого раствора или мелкодисперсной пены, которые их «пломбируют», «склеивая» изнутри, что приводит к прекращению кровотока по ним. Количество инъекций зависит от особенностей поражения вен и вида склерозирующего препарата. На курс лечения может потребоваться от 1 до 5 и более процедур;
- **проведение медицинского вмешательства сопряжено с риском** тромбофлебитов подкожных вен, инфекцией мягких тканей нижних конечностей; образованием абсцессов и некрозов кожи и подкожно-жировой клетчатки, развитие синдрома Николау (редкое прогнозируемое осложнение, характеризующееся развитием ишемических асептических некрозов кожи, подкожной клетчатки и мышечной ткани в зоне инъекции);
- **возможные послеоперационные реакции и осложнения:** в течении последующих 2-3 дней отмечается появление экхимозов (синяков) в области проведения процедуры, развитием зуда кожи, шелушением кожи, болю в местах инъекций и по ходу склерозированных вен, потемнением кожи (гиперпигментация) по ходу склерозированных вен, которое может сохраняться в течение длительного срока; развитием аллергической реакции на склерозант;
- **результатом медицинского вмешательства является** косметический эффект;
- **возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства:** трофические нарушения кожных покровов (дерматит, экзема, язвы), тромбоз пораженных вен, кровотечение, тромбоземболия вен, включая ТЭЛА (тромбоземболия легочной артерии), острый тромбофлебит, флебит.
- **альтернативный вариант** медицинского вмешательства: альтернативного варианта лечения нет.

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- **противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства являются:** острые заболевания и обострения хронических заболеваний, эпилепсия, любые злокачественные новообразования, нарушения свертываемости крови. прием алкоголя менее чем за 2 дня до манипуляции, при проведении эпиляции, использования лосьонов или кремов, менее чем за 2 дня до манипуляции, беременность и период лактации, тромбофлебит и тромбоз вен нижних конечностей, аллергические реакции на препараты используемые во время склерозирующей терапии;
- во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае **я согласен (согласна)** на то, что ход операции может быть изменен медицинским персоналом по их усмотрению. В случаях моего отсутствия и/или когда мое состояние не позволит мне выразить свою волю, а необходимость проведения медицинских вмешательств неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах пациента решает консилиум врачей в соответствии с пунктами 1 и 2 части 9 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач;
- в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и **я не возражаю** против этого;
- в случае возникновения каких-либо проблем в послеоперационном периоде, связанных с проведенным медицинским вмешательством, следует немедленно обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача;
- несоблюдение режима и рекомендаций медицинского персонала может отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента, эффективности результата операции и вызвать осложнения;

- до начала медицинского вмешательства я могу отказаться от его проведения, даже в случае, когда назначенный вид хирургического вмешательства является единственным, или потребовать прекращения его проведения¹.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен (согласна) с возможным изменением объема медицинского вмешательства (его расширение или уменьшение) по показаниям. **Я доверяю** медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения состояния пациента.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся болезни и состояния и, добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья пациента.

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу. Мне в достаточной мере было предоставлено время для обдумывания и принятия окончательного решения по вопросу проведения манипуляции

Подписывая настоящее информированное согласие удостоверяю, что лечащий врач в доступной форме предоставил мне полную (исчерпывающую) информацию по поводу моего заболевания, целях, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, предполагаемых результатах, возможных последствиях и осложнениях, мне понятен смысл всех терминов, была предоставлена возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получить на них удовлетворяющие меня ответы.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья пациента:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

« _____ » _____ 20__ г. _____ / _____
(подпись законного представителя) (ФИО)

Я, врач-хирург _____ подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском вмешательстве **склеротерапии телеангиоэктазий и ретикулярного варикоза**, а также ответил Пациенту (-ке) в доступной форме на все заданные вопросы. Пациент (-ка) согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался (-лась) в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

« _____ » _____ 202__ года _____
(подпись лечащего врача)

медицинское вмешательство - удаление металлоконструкции из голени

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____

(ФИО полностью)

« ____ » _____ года рождения, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г.

№ 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне медицинского вмешательства на удаление металлоконструкции из _____ голени в ООО «Бэл-Ар МЕД».

Медицинским работником - врачом-хирургом _____

(далее – лечащий врач)

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено следующее:

- **целью медицинского вмешательства является:** удаление пластин и винтов из голени после остеосинтеза
 - **метод проведения медицинского вмешательства заключается в следующем:** Удаления пластин и винтов выполняется, как правило, в области голеностопного сустава по старому послеоперационному рубцу выполняется доступ к металлоконструкции, и поэтапное удаления пластины и винтов. В послеоперационную рану устанавливается марлевая асептическая повязка с Йодопираном.
 - **проведение медицинского вмешательства сопряжено с риском** нагноения раны;
 - **возможные послеоперационные реакции и осложнения:** в течение раннего послеоперационного периода (7-14 дней) наблюдается незначительная болезненность в области послеоперационной раны;
 - **результатом медицинского вмешательства является** удаление инородного тела;
 - **возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства:** металлозы, нагноение металлоконструкций, вплоть до развития остеомиелита, отторжение имплантата.
-
- **альтернативный вариант медицинского вмешательства:** альтернативы оперативному лечению нет.

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- **противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства являются:** абсолютного общего неоперабельного состояния или отсутствия согласия пациента, при острых заболеваниях и состояниях, в том числе местных воспалительных процессов в области выполнения вмешательства, и при обострении хронических заболеваний, при приеме алкоголя менее чем за 2 дня до операции.
- во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае **я согласен (согласна)** на то, что ход операции может быть изменен медицинским персоналом по их усмотрению. В случаях моего отсутствия и/или когда мое состояние не позволит мне выразить свою волю, а необходимость проведения медицинских вмешательств неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах пациента решает консилиум врачей в соответствии с пунктами 1 и 2 части 9 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач.
- в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и **я не возражаю** против этого;
- в случае возникновения каких-либо проблем в послеоперационном периоде, связанных с проведенным медицинским вмешательством, следует немедленно обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача;
- несоблюдение режима и рекомендаций медицинского персонала может отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента, эффективности результата операции и вызвать осложнения;
- до начала медицинского вмешательства я могу отказаться от его проведения, даже в случае, когда назначенный вид хирургического вмешательства является единственным, или потребовать прекращения его проведения¹.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен (согласна) с возможным изменением объема медицинского вмешательства (его расширение или уменьшение) по показаниям. **Я доверяю** медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения состояния пациента.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся болезни и состояния и, добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья пациента.

Я понимаю, что во время операции возможна потеря крови и **даю согласие** на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья пациента: _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____
(подпись законного представителя) (ФИО)

Я, врач-хирург _____ подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском вмешательстве **удаление металлоконструкции из голени**, а также ответил Пациенту (-ке) в доступной форме на все заданные вопросы. Пациент (-ка) согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался (-лась) в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

Врач _____
(подпись лечащего врача)

« ____ » _____ 202__ года.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на медицинское вмешательство – эндоскопическое удаление полипа(-ов) толстой кишки

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____
(ФИО полностью)

«___» _____ года рождения, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г.

№ 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на

проведение мне медицинского вмешательства – эндоскопическое удаление полипа (-ов) толстой кишки в ООО «Бэл-Ар МЕД».

Медицинским работником - врачом-хирургом (далее – лечащий врач) _____ (далее – лечащий врач)

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено следующее:

- **целью медицинского вмешательства является:** удаление эпителиального образования с внутренней поверхности толстой кишки для диагностики и гистологического исследования удаленного полипа с морфологической оценкой новообразования для определения дальнейшей тактики лечения
- **метод проведения медицинского вмешательства заключается в следующем:** под эндоскопическим контролем с помощью петли с одномоментной электроэксцизией удаляется полип, при необходимости проводится предварительное лигирование ножки полипа с последующим клипированием дефекта слизистой оболочки.
- **проведение медицинского вмешательства сопряжено с риском** травматических повреждений стенки кишечника (вплоть до перфорации), связанные с коагуляцией, с изменением (истончением) стенок толстой кишки, а также с врожденными или приобретенными анатомическими аномалиями толстой кишки (дивертикулы, стенозы, спайки и иное).
- **возможные послеоперационные реакции и осложнения:** кровотечение, нарушения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы; кратковременный подъем температуры до субфебрильных цифр через 2 часа после удаления полипа, что связано с проникновением в кровяное русло аэробных бактерий кишечника при расправлении складок воздухом в процессе обследования, редко — аллергические реакции на лекарственные препараты (обморок, коллапс, шок, вследствие наличия индивидуальной непереносимости лекарственных средств), болезненность в области живота, метеоризм, расстройство стула (запор, диарея).
- **результатом медицинского вмешательства является:** определение дальнейшего лечения
- **возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства:** сохраняется риск перерождения полипа в злокачественную опухоль, не исключается дальнейший рост полипа(-ов) с частичной обтурацией просвета кишки, при достижении ими больших размеров, возможное, но не обязательное развитие постоянного или периодического дискомфорта в области живота (спазмы, болезненные ощущения), метеоризма, неустойчивости стула, кровотечения.
- **альтернативный вариант медицинского вмешательства:** первичное хирургическое лечение или отказ от удаления полипа(-ов) и динамическое наблюдение с выполнением контрольных исследований толстой кишки 1-2 раза в год.

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- **противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства являются:** выраженное сужение толстой кишки, препятствующее прохождению аппарата, аневризма аорты больших размеров, перенесенный острый инфаркт миокарда или острое нарушение мозгового кровообращения давностью менее 6 месяцев, терминальные состояния и кома, верифицированная малигнизация полипа (перерождение в злокачественную опухоль), тяжелые формы неспецифического язвенного колита, некомпенсированный сахарного диабета (уровень гликированного Hb более 7,5%); резко выраженный кифосколиоз и тяжелый остеохондроз позвоночника, угроза кровотечений (коагулопатии, портальная гипертензия, применение антикоагулянтов и др.), заболевания, тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации, острые воспалительные заболевания анальной и перианальной зоны, острые и обострение хронических заболеваний, положительная реакция Вассермана, грубые острые и хронические психоневрологические расстройства, деменция, ранний послеоперационный период на толстой кишке, перитонит, болезнь Гиршпрунга, выраженный дивертикулез с явлениями дивертикулита, наличие кардиостимулятора.
- что проведение эндоскопического удаления полипа может быть прервано не по вине исполнителя в случае качественной предварительной подготовки к оперативному эндоскопическому вмешательству (не соблюдение рекомендаций врача по режиму питания, подготовки толстого кишечника) или особенности моего организма, при плохой переносимости процедуры, а также выявления факторов или не зависящих от воли врача или пациента обстоятельств, которые заранее (до начала проведения операции) не могли быть предусмотрены, но при игнорировании, которых могут развиваться осложнения или наступить другие негативные последствия для пациента.

В таком случае **я согласен (согласна)** на то, что вмешательство может быть прекращено. Вопрос о медицинском вмешательстве в интересах пациента решает консилиум врачей в соответствии с пунктами 1 и 2 части 9 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач.

- при возникновении осложнений может потребоваться госпитализация, неотложное интенсивное, эндоскопическое и хирургическое лечение, общая анестезия, и **я не возражаю** против этого;
- о необходимости незамедлительного обращения к врачу, в том числе, осуществить вызов бригады скорой медицинской помощи (независимо от времени суток), при ухудшения самочувствия, появлении сильных болей в области живота, нарастания их интенсивности или появлении признаков кровотечения из толстой кишки (появление крови при дефекации, слабости, головокружения, побледнении кожных покровов) а также появления иных необычных симптомов в первые часы и дни после исследования.
- несоблюдение режима и рекомендаций медицинского персонала может отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента, эффективности результата медицинского вмешательства и вызвать осложнения;
- до начала медицинского вмешательства я могу отказаться от его проведения, даже в случае, когда назначенный вид медицинского вмешательства является единственным, или потребовать прекращения его проведения¹.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен (согласна) с возможным изменением объема медицинского вмешательства (его расширение или уменьшение) по показаниям. **Я доверяю** медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения состояния пациента.

Мне понятно, что удаленный полип подлежит обязательному гистологическому исследованию, в целях верификации диагноза и исключения его малигнизации (перерождению в злокачественное образование).

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся болезни и состояния и, добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии моего здоровья.

Я понимаю, что во время операции возможна потеря крови и **даю согласие** на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

Я предупрежден (-а), что доброкачественные новообразования в толстой кишке могут рецидивировать в том числе и после успешного его удаления, и мне необходимо находиться на диспансерном наблюдении у онколога. При удалении доброкачественных полипов первый эндоскопический осмотр необходимо провести через 6 месяцев, а далее- 1 раз в год.

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья пациента: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись законного представителя)

(ФИО)

Я, врач-хирург _____ подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском вмешательстве **эндоскопического удаления полипа (-ов)** с последующим гистологическим исследованием, а также ответил Пациенту (-ке) в доступной форме на все заданные вопросы. Пациент (-ка) согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался (-лась) в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

Даю согласие на проведение гистологического исследования удаленного полипа (-ов). Мне (представляемому) разъяснено, что гистологическое исследование удалённого полипа (-ов) в соответствии с пунктом 9 «Правил проведения патолого-анатомических исследований» утвержденных Приказом Министерства здравоохранения РФ от 24 марта 2016 г. N 179н производится по медицинским показаниям в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи, на основе стандарта медицинской помощи и с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. Предмет исследования прижизненного патологоанатомического исследования - изучение макро- и микроскопических изменений фрагментов биологической ткани (операционного материала). Гистологическое исследование – наиболее достоверный метод исследования в случае необходимости установления клеточного состава ткани, позволяющим достоверно исключить онкологическое заболевание.

« _____ » _____ 202__ год

Врач _____

(подпись лечащего врача)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство - иссечение свища заднего прохода

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____
(ФИО полностью)

« ____ » _____ года рождения, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г.

№ 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на

проведение мне медицинского вмешательства - **иссечение свища заднего прохода** в ООО «Бэл-Ар МЕД».

Медицинским работником - **врачом-хирургом** _____ (далее-лечащий врач)

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено следующее:

- **целью медицинского вмешательства является:** оперативное лечение хронического парапроктита, свища заднего прохода.

- **метод проведения медицинского вмешательства заключается в следующем:** После обработки операционного поля растворами антисептиков под местной инфильтрационной анестезией (раствор 1% лидокаина или раствор 0,5; 1,0 % новокаина) или регионарной спинномозговой анестезией (раствор Бупивакаин 3 мл 0,5%), в некоторых случаях и под эндотрахеальным наркозом выполняется доступ к свищу с помощью ректального зеркала или анального ретрактора. Свищевой ход через наружное свищевое отверстие бужируется пуговчатым зондом соответствующего размера, после извлечения зонда свищевой ход прокрашивается красителем – бриллиантовой зеленью или метиленовой синькой. Скальпелем или с применением скальпеля аппарата ЭХВЧ иссекается в пределах неокрашенных здоровых тканей на зонде. Гемостаз осуществляется коагуляцией ЭХВЧ. В послеоперационную рану устанавливается марлевая турунда с мазью Левомеколь и накладывается асептическая повязка;

- **проведение медицинского вмешательства сопряжено с риском** частичного рассечения волокон внутреннего или наружного сфинктера, происходит нарушение запирающего аппарата прямой кишки: проявления (недержание жидкого стула и газов, выделение слизи), боли в заднем проходе, каловый завал;

- **возможные послеоперационные реакции и осложнения:** в течение раннего послеоперационного периода (7-14 дней) часто отмечается появление умеренного отека, сукровичного раневого отделяемого, болезненные ощущения различной интенсивности при физической нагрузке, дефекации, длительном сидячем положении тела;

- **результатом медицинского вмешательства является:** облегчение симптомов, предотвращение осложнений и восстановление качества жизни пациента

- **возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства:**

образование параректального абсцесса, формирования рубца тканей вокруг свища – как следствие деформирование анального канала (недержание газов и кала), рубцевание стенок заднего прохода и возникновение анальных трещин, злокачественное перерождение.

- **альтернативный вариант** медицинского вмешательства: перевязка свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT), технология лазерной коагуляции свищевого хода (FILAC), применение фибринового клея, различных сетонов и латексных лигатур.

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- **противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства являются:** общее неоперабельное состояние, при острых заболеваниях и состояниях, в том числе местных воспалительных процессов в области выполнения вмешательства, и при обострении хронических заболеваний; при приеме алкоголя менее чем за 2 дня до манипуляции;

- во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае **я согласен (согласна)** на то, что ход операции может быть изменен медицинским персоналом по их усмотрению. В случаях моего отсутствия и/или когда мое состояние не позволит мне выразить свою волю, а необходимость проведения медицинских вмешательств неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах пациента решает консилиум врачей в соответствии с пунктами 1 и 2 части 9 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач.

- в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и **я не возражаю** против этого;

- в случае возникновения каких-либо проблем в послеоперационном периоде, связанных с проведенным медицинским вмешательством, следует немедленно обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача;

- несоблюдение режима и рекомендаций медицинского персонала может отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента, эффективности результата операции и вызвать осложнения;
- до начала медицинского вмешательства я могу отказаться от его проведения, даже в случае, когда назначенный вид хирургического вмешательства является единственным, или потребовать прекращения его проведения¹.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен (согласна) с возможным изменением объема медицинского вмешательства (его расширение или уменьшение) по показаниям. **Я доверяю** медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения состояния пациента.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся болезни и состояния и, добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья пациента.

Я понимаю, что во время операции возможна потеря крови и **даю согласие** на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья пациента:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись законного представителя)

(ФИО)

Я, врач-хирург _____ подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском вмешательстве - **иссечение свища заднего прохода**, а также ответил Пациенту (-ке) в доступной форме на все заданные вопросы. Пациент (-ка) согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался (-лась) в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

Врач _____

(подпись лечащего врача)

« _____ » _____ 202__ года.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство - удаление зуба нижней челюсти

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____
(ФИО полностью)

« ____ » _____ года рождения,

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне медицинского вмешательства **удаление зуба нижней челюсти № _____**, в ООО «Бэл-Ар МЕД».

Медицинским работником - **врачом-стоматологом-хирургом**

_____ (далее – лечащий врач)
(ФИО)

в доступной для меня форме **мне разъяснено следующее:**

- **целью медицинского вмешательства является:** проведение хирургического лечения при невозможности или нецелесообразности сохранения зуба, в связи с показанием _____

- **метод проведения медицинского вмешательства заключается** в удалении зуба путем люксации (раскачивания) и ротации (поворачивания) вокруг своей оси под местной анестезией при помощи специальных, адаптированных для разных зубов и разных клинических ситуаций. В некоторых случаях выполняется сегментация (разделение) зуба при помощи турбинного наконечника и специальных фрез, далее зуб удаляется по частям. После удаления зуба проводится кюретаж лунки с помощью кюретажной ложки с целью ревизии лунки и удаления твердых частиц при их обнаружении. Далее производится гемостаз лунки путем сближения краев послеоперационной раны и наложением на края лунки сближающих швов или коагуляцией (физическим или химическим методом) в зависимости от клинической ситуации. При наличии показаний для восстановления целостности костной ткани в месте удаления лечащим врачом могут быть использованы специальные костеобразующие материалы и мембраны.

последствием медицинского вмешательства являются: повреждение десны и мягких тканей полости рта; боли в области удаленного зуба, которые могут носить иррадирующий характер (распространяться в соседние области); в первые сутки после удаления зуба возможно небольшое повышение температуры тела; отек мягких тканей челюстно-лицевой области; контрактура (ограничение при открывании рта) нижней челюсти после удаления; боль при глотании; луночковое кровотечение; парестезия (чувство онемения) в области языка или губы; временные изменения в речи и жевании. **Мне разъяснена** необходимость протезирования во избежание резорбции (уменьшение объема) костной ткани в месте удаления, смещения (феномен Попова-Годона) зубного ряда в сторону удаленного зуба и, как следствие, изменения/нарушения прикуса.

- **возможные осложнения при проведении медицинского вмешательства:** перелом коронки или корня удаляемого зуба; перелом и/или вывих соседнего зуба; перелом и/или вывих нижней челюсти; обнажение участка альвеолы; проталкивание удаляемого зуба или его корня в мягкие ткани; заглывание и/или аспирация корня зуба или зуба, которое может привести к obturации дыхательных путей (асфиксии); проглатывание зуба может травмировать острыми краями слизистую оболочку глотки (проглоченный зуб покидает желудочно-кишечный тракт естественным путем); травма нервов в области удаляемого зуба и, как следствие, онемение участка кожи лица и губ, которое может сохраняться 3-6 месяцев и более. **Мне разъяснено**, что возникшие осложнения сопровождаются соответствующими клиническими проявлениями, при этом могут потребоваться дополнительные медицинские вмешательства и диагностика, в т.ч. рентгенологическая.

- **возможные послеоперационные реакции и осложнения:** альвеолит (воспаление лунки удаленного зуба); остеомиелит (воспаление костной ткани); невралгия альвеолярного нерва; невралгия. **Мне разъяснено**, что симптомами подобных осложнений после удаления зуба являются: нарастающие в течение последующих дней после медицинского вмешательства болевые ощущения, повышение температуры тела, слабость, неприятный запах изо рта, гнойное отделяемое в месте удаления и, что при их появлении **мне необходимо** обратиться к лечащему врачу для дополнительного обследования и консультации после проведения медицинского вмешательства.

- **результатом медицинского вмешательства является** санация полости рта (устранение очага инфекции).

- **возможные последствия, связанные с отказом** от необходимого медицинского вмешательства: развитие периодонтальных заболеваний, повреждение околозубных и мягких тканей щек и десен, при этом воспалительный процесс может приобрести разлитой характер с распространением его на надкостницу или кость челюсти (с последующим развитием периостита, остеомиелита); воспаление нерва, развитие синусита, лимфаденита, гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (абсцессы, флегмоны и т.д.).

- **альтернативный вариант** медицинского вмешательства: зубосохраняющие операции (строго по показаниям).

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- **противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства являются:** заболевания свертывающей системы крови; инфекционные заболевания; тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации. Не допускается проведение операции при острых заболеваниях и состояниях, в том числе местных воспалительных процессов в области выполнения вмешательства, и при обострении хронических заболеваний; при приеме алкоголя менее чем за 2 дня до операции.

- во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае **я согласен (согласна)** на то, что ход операции может быть изменен медицинским персоналом по их

усмотрению. В случаях, когда мое состояние не позволит мне выразить свою волю, а необходимость проведения медицинских вмешательств неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в моих интересах решает консилиум врачей в соответствии с пунктами 1 и 2 части 9 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач.

- в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и **я не возражаю** против этого;

- в случае возникновения каких-либо проблем в послеоперационном периоде, связанных с проведенным медицинским вмешательством, мне следует немедленно обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача;

- несоблюдение режима и рекомендаций медицинского персонала может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, эффективности результата операции и вызвать осложнения;

- до начала медицинского вмешательства **я могу отказаться** от его проведения, даже в случае, когда назначенный вид хирургического вмешательства является единственным, или потребовать прекращения его проведения.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен (согласна) с возможным изменением объема медицинского вмешательства (его расширение или уменьшение) по показаниям. **Я доверяю** медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни и состояния и, добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии моего здоровья.

Я понимаю, что во время операции возможна потеря крови и **даю согласие** на переливание донорской или ауто-(собственной) крови и ее компонентов.

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня и не имеют по этому поводу вопросов к лечащему врачу.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" **может быть передана информация о состоянии моего здоровья:**

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____
(подпись пациента) (ФИО)

Я, врач-стоматолог-хирург _____ подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском вмешательстве «удаление зуба нижней челюсти № _____», а также ответил Пациенту (-ке) в доступной форме на все заданные вопросы. Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

« ____ » _____ 202__ г. _____ / _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство - удаление зуба верхней челюсти**

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____

(ФИО полностью)

« ____ » _____ года рождения,

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне медицинского вмешательства **удаление зуба верхней челюсти № _____**, в ООО «Бэл-Ар МЕД».

Медицинским работником - **врачом-стоматологом-хирургом** _____

(далее – лечащий врач)

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено следующее:

- **целью медицинского вмешательства является:** проведение хирургического лечения при невозможности или нецелесообразности сохранения зуба, в связи с показанием _____

- **метод проведения медицинского вмешательства заключается** в удалении зуба путем люксации (раскачивания) и ротации (поворачивания) вокруг своей оси под местной анестезией при помощи специальных, адаптированных для разных зубов и разных клинических ситуаций инструментов. В некоторых случаях выполняется сегментация (разделение) зуба при помощи турбинного наконечника и специальных фрез, далее зуб удаляется по частям. После удаления зуба проводится кюретаж лунки с помощью кюретажной ложки с целью ревизии лунки и удаления твердых частиц при их обнаружении. Далее производится гемостаз лунки путем сближения краев послеоперационной раны и наложением на края лунки сближающих швов или коагуляцией (физическим или химическим методом) в зависимости от клинической ситуации. При наличии показаний для восстановления целостности костной ткани в месте удаления лечащим врачом могут быть использованы специальные костеобразующие материалы и мембраны

- **последствием медицинского вмешательства являются:** повреждение десны и мягких тканей полости рта; боли в области удаленного зуба, которые могут носить иррадирующий характер (распространяться в соседние области); в первые сутки после удаления зуба возможно небольшое повышение температуры тела; отек мягких тканей челюстно-лицевой области; ограничение при открывании рта; боль при глотании; луночковое кровотечение; парестезия (чувство онемения) в области языка или губы; временные изменения в речи и жевании. **Мне разъяснена** необходимость протезирования во избежание резорбции (уменьшение объема) костной ткани в месте удаления, смещения (феномен Попова-Годона) зубного ряда в сторону удаленного зуба и, как следствие, изменения/нарушения прикуса;

- **возможные осложнения при проведении медицинского вмешательства:** перелом коронки или корня удаляемого зуба; перелом и/или вывих соседнего зуба; перелом и/или вывих нижней челюсти; обнажение участка альвеолы; проталкивание удаляемого зуба или его корня в мягкие ткани; заглатывание и/или аспирация корня зуба или зуба, которое может привести к obturации дыхательных путей (асфиксии); проглатывание зуба может травмировать острыми краями слизистую оболочку глотки (проглоченный зуб покидает желудочно-кишечный тракт естественным путем); травма нервов в области удаляемого зуба и, как следствие, онемение участка кожи лица и губ, которое может сохраняться 3-6 месяцев и более. **Мне разъяснено**, что возникшие осложнения сопровождаются соответствующими клиническими проявлениями, при этом могут потребоваться дополнительные медицинские вмешательства и диагностика, в т.ч. рентгенологическая;

- **возможные осложнения после проведения медицинского вмешательства:** альвеолит (воспаление лунки удаленного зуба); остеомиелит (воспаление костной ткани); невралгия верхнего альвеолярного нерва; невралгия. Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после удаления зуба являются: нарастающие в течение последующих дней после медицинского вмешательства болевые ощущения, повышение температуры тела, слабость, неприятный запах изо рта, гнойное отделяемое в месте удаления и, что при их появлении мне необходимо обратиться к лечащему врачу для дополнительного обследования и консультации после проведения медицинского вмешательства;

- **результатом медицинского вмешательства является** санация полости рта (устранение очага инфекции).

возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства: развитие периодонтальных заболеваний, повреждение околозубных и мягких тканей щек и десен, при этом воспалительный процесс может приобрести разлитой характер с распространением его на надкостницу или кость челюсти (с последующим развитием периостита, остеомиелита); воспаление нерва, развитие синусита, лимфаденита, гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (абсцессы, флегмоны и т.д.);

- **альтернативный вариант** медицинского вмешательства: зубосохраняющие операции (строго по показаниям).

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства являются: заболевания свертывающей системы крови; инфекционные заболевания; тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации. Не допускается проведение операции при острых заболеваниях и состояниях, в том числе острого стоматита, гингивита; при приеме алкоголя менее чем за 2 дня до операции;

- во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход операции может быть изменен медицинским персоналом по их усмотрению. В случаях, когда мое состояние не позволит мне выразить свою волю, а необходимость проведения медицинских вмешательств неотложна, в соответствии с пунктами 1 и 2 части 9 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны

здоровья граждан в РФ» вопрос о медицинском вмешательстве в моих интересах решает консилиум врачей, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач.

- в случае возникновения каких-либостораживающих симптомов или вопросов, связанных с проведенным медицинским вмешательством, мне следует немедленно обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача;

- несоблюдение режима и рекомендаций медицинского персонала может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, эффективности результата хирургического лечения и вызвать осложнения;

- до начала медицинского вмешательства я могу отказаться от его проведения, даже в случае, когда назначенный вид хирургического вмешательства является единственным, или потребовать прекращения его проведения.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен (согласна) с возможным изменением объема медицинского вмешательства (его расширение или уменьшение) по показаниям в момент его проведения. Я доверяю медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения моего состояния.

Я понимаю, что во время операции возможна потеря крови и даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни и состояния и добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____
(подпись пациента) (ФИО)

Я, врач- стоматолог-хирург _____ подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском вмешательстве «удаление зуба верхней челюсти № _____», а также ответил Пациенту (-ке) в доступной форме на все заданные вопросы. Пациент (-ка) согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался (-лась) в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

« ____ » _____ 202 ____ г. _____ / _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на медицинское вмешательство - на дентальную имплантацию (имплантацию зубов).

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____
(ФИО полностью)

«___» _____ года рождения, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г.

№ 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне медицинского вмешательства—дентальную имплантацию зуба № _____, в ООО «Бэл-Ар МЕД».

Медицинским работником - **врачом-стоматологом**

_____ (далее-лечащий врач)

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено следующее:

- **целью медицинского вмешательства является:** нормализация функционального и эстетического состояния зубочелюстного аппарата, для получения зубочелюстно-лицевого морфологического оптимума;
- **метод проведения медицинского вмешательства заключается** в применении вживления титанового импланта в костную ткань;
- **проведение дентальной имплантации сопряжено с риском** воспаления вены (флебит), повреждения имеющихся зубов, переломы кости, перфорация (нарушение целостности) синуса (гайморовой пазухи), отсроченное заживление, аллергические реакции к лекарственным препаратам и медикаментам;
- **возможные реакции и осложнения:** боль, отёк, местная инфекция, подкожные кровоизлияния, онемение губы, языка, щеки, зубов;
- **результатом медицинского вмешательства является:** изменение прикуса (изменение взаиморасположения зубов по отношению к друг другу и зубному ряду другой челюсти по отношению к имеющемуся взаиморасположению зубов до начала лечения в сторону физиологической нормы), улучшение эстетики лица;
- **возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства:** оседание костной ткани, чувствительность, подвижность зубов, смещение имеющихся зубов(изменение прикуса), в будущем приводящая к удалению зубов, возможны нарушения в височно-нижнечелюстном суставе, боли в области шеи, головы, лицевых и жевательных мышц, утомляемость при жевании;
- **альтернативный вариант медицинского вмешательства:** съемное протезирование и несъемные протезирование (коронки и мосты, виниры, вкладки и люминиры), комбинированное протезирование.

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- **противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства являются:** различные патологии костной ткани, заболевания иммунной системы (ВИЧ, СПИД), аутоиммунные заболевания..., онкология, туберкулез, нервные и психические заболевания, болезни крови с нарушением свертываемости, детский возраст до 18 лет и относительные противопоказания: беременность и период лактации, острые вирусные заболевания, стоматологические заболевания(пульпит, кариес, пародонтит, стоматит), обострение хронических заболеваний, нарушение функции височно-нижнечелюстного сустава, выраженная атрофия костной ткани челюсти, плохая гигиена рта, алкоголизм и наркомания;
- Я информирован(а) о том, что для оптимального размещения имплантата в челюстной кости в 60-100% случаях, в зависимости от локализации костного дефекта, необходимо проводить подсадку костной ткани или костно-замещающих препаратов. Забор костной ткани может быть проведен во внутриротовых или внеротовых донорских областях. Период приживления подсаженной костной ткани составляет от 3 до 9 месяцев;
- Я предупрежден(а), что при лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний периодонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции. В случае необходимости я согласен(а) пройти консультацию, лечение и наблюдение у врача-стоматолога-терапевта;
- Я информирован(а) о том, что костная ткань в донорской области через несколько месяцев восстанавливается полностью без наступления необратимых последствий для анатомии и функции донорских участков. - Я согласен(согласна) с тем, что выбор ортодонтической аппаратуры, материалов и методов оказания ортодонтических услуг делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения;
- **Я информирован(а)**, что после операции необходимо ограничить физическую и функциональную нагрузку донорских областей в течение первого месяца после операции. Я не возражаю против проведения забора костной ткани из внеротовой или внутриротовой донорской области;
- **Я информирован(а)**, что не существует метода, точно предсказывающего возможности заживления кости и десны у каждого пациента после имплантации;
- **Я предупрежден(а)**, что в некоторых случаях имплантаты «не приживаются» и должны быть удалены;
- в случае возникновения каких-либо проблем после проведенного медицинского вмешательства, следует немедленно обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача;

- несоблюдение режима и рекомендаций медицинского персонала может отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента, эффективности результата медицинского вмешательства и вызвать осложнения;
- до начала медицинского вмешательства я могу отказаться от его проведения, даже в случае, когда назначенный вид хирургического вмешательства является единственным, или потребовать прекращения его проведения.

Мне понятно, что в процессе осуществления разработанного плана лечения и проведения хирургических вмешательств, местные анатомо-физиологические условия могут быть отличными от предполагавшихся ранее, и может быть проведено дополнительное или альтернативное лечение по усмотрению врача. Я так же одобряю любые модификации в плане лечения, применяемых материалов, или послеоперационном уходе, если они направлены для лучшего удовлетворения моих интересов.

Я доверяю медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения состояния пациента.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся у пациента болезни и состояния и, добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья пациента.

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Я информирован(а), что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма.

Я информирован(а) о том, что не реже одного раза в 6 месяцев пациенту необходимо пройти контрольный осмотр у врача-стоматолога и не реже одного раза в три месяца пройти профессиональную гигиеническую чистку зубов. А также пациент обязан поддерживать хороший уровень гигиены полости рта и отказаться от злоупотребления курением, следовать рекомендациям врача. Пренебрежение пациентом этими условиями делает невозможным обеспечение критериев качества по оказанной медицинской услуге и влечёт за собой прекращения действия гарантийных обязательств со стороны клиники по предоставленной услуге.

По решению врачей и при условии участия представителей клиники в лечебно-диагностическом процессе, допустимо ведение пациента в других медицинских организациях.

Клиника своими силами и/или за свой счет обеспечивает устранение осложнений настоящей медицинской услуги. При отсутствии причинно-следственной связи между возникшими отклонениями в состоянии здоровья пациента и проведенным лечением, клиника не принимает на себя обязательств по их устранению.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья пациента : _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ / _____
(подпись законного представителя) (ФИО)

Я, врач-стоматолог _____ подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском вмешательстве: дентальная имплантация, а также ответил Пациенту (-ке) в доступной форме на все заданные вопросы. Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

« _____ » _____ 202 _____ г. _____ / _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство - на ортодонтическое лечение

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____
(ФИО полностью)

« ____ » _____ года рождения, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г.

№ 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне медицинского вмешательства - **ортодонтическое лечение зубов**
в ООО «Бэл-Ар МЕД».

Медицинским работником - **врачом- ортодонтом**

_____ (далее - лечащий врач)

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено следующее:

- **целью медицинского вмешательства является:** нормализация функционального и эстетического состояния зубочелюстного аппарата, путем воздействия специальной аппаратуры на зубы, периодонт и костную ткань челюстей, для получения зубочелюстно-лицевого морфологического оптимума;
- **метод проведения медицинского вмешательства заключается** в применении различных конструкций, изготовленных из разных материалов;
- **проведение ортодонтического лечения сопряжено с риском** оголения корней зубов «рецессии» - в результате индивидуальной особенности организма или нарушения межзубных сосочков, так называемые "черные треугольники", требующие хирургической коррекции перфорация дна и стенок полости зуба, смещение зубных коронок, что требует повторной цементировки или, в некоторых случаях, замены; резорбция корней зубов и кости, сглаживание верхушек корней, изменение со стороны ВНЧС, что приводит к болям в суставах, головным и ушным болям, ортодонтические приспособления или их части могут быть случайно проглочены;
- **возможные реакции и осложнения:** ортодонтические аппараты могут способствовать появлению дефектов речи, временно увеличить слюнотечение или вызывать сухость во рту, травма ткани полости рта, гингивит, пародонтит, пародонтоз, аллергические реакции;
- **результатом медицинского вмешательства является:** улучшение прикуса (изменение взаиморасположения зубов по отношению к друг другу и зубному ряду другой челюсти по отношению к имеющемуся взаиморасположению зубов до начала лечения в сторону физиологической нормы), улучшение эстетики лица;
- **возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства:** прогрессирование патологии (разобшение зубов), усугубление изменения прикуса, нарушение жевания и пищеварения, изменения со стороны височно-нижнечелюстного сустава, воспаление десен и пародонтит;
- **альтернативный вариант медицинского вмешательства:** альтернативы нет.

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- **противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства являются:** индивидуальная непереносимость материалов, инфекционные заболевания; тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации. Не допускается проведение операции при острых заболеваниях и состояниях, в том числе местных воспалительных процессов в области выполнения вмешательства, и при обострении хронических заболеваний; при приеме алкоголя менее чем за 2 дня до операции;
- Я понимаю, что, перед началом лечения я должен (должна) буду пройти обычную процедуру предварительного ортодонтического обследования, которая включает в себя осмотр, снятие слепков, изготовление и анализ модели челюстей, рентгенологическое обследование, фотоснимки и другие процедуры. На основании полученных диагностических данных лечащий врач составит план лечения;
- Я предупрежден(а), что при лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний периодонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции. В случае необходимости я согласен(а) пройти консультацию, лечение и наблюдение у врача-стоматолога-терапевта;
- При несоблюдении мной правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариеса зубов и воспаления десен в зонах контакта с ортодонтической аппаратурой. Меня информировали, что я должен (должна) проводить профессиональную гигиену полости рта 1 раз в месяц во время лечения ортодонтическими аппаратами. Я согласен(а) с тем, что врач-ортодонт оставляет за собой право принять решение о снятии ортодонтической аппаратуры и прервать лечение на любом его этапе при 3-х кратной оценке индекса гигиены, как «неудовлетворительный», расчет которого приведен ниже. При этом оплаты, за проведенное лечение не возвращаются;
- Я согласен(согласна) с тем, что выбор ортодонтической аппаратуры, материалов и методов оказания ортодонтических услуг делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения;

- я понимаю, что ортодонтическое лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и как любая медицинская манипуляция не может гарантированно на 100 % успешна, даже при идеальном выполнении всех этапов. Поэтому, иногда возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде внеплановых манипуляций и (или) изменения вида, срока и стоимости лечения. В некоторых случаях, для успешного ортодонтического лечения может потребоваться установка временных ортодонтических имплантатов, ортогнатическая хирургия, пластика уздечек и преддверия полости рта, хирургические операции с десной и костной тканью. Эти вмешательства, безусловно, планируются заранее, но иногда их проведение становится необходимым в процессе лечения, потому что нельзя абсолютно все предусмотреть и спрогнозировать реакцию организма на лечение;

- Я уведомлен(а) о том, что большинство аномалий и деформаций зубных рядов не носят изолированный характер, а связаны со значительными изменениями лицевого скелета в целом и постуры человека. Вследствие этого, а также в связи с индивидуальными анатомическими особенностями, существует риск рецидива заболевания и необходимость избирательного повторного лечения, несмотря на полученный результат. При наличии проблем со стороны опорно-двигательного аппарата, во время проведения ортодонтического лечения возможно обострение имеющегося заболевания и потребуются коррекция со стороны профильного специалиста, и **я не возражаю** против этого;

- в случае возникновения каких-либо проблем после проведенного медицинского вмешательства, следует немедленно обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача;

- несоблюдение режима и рекомендаций медицинского персонала может отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента, эффективности результата медицинского вмешательства и вызвать осложнения;

- до начала медицинского вмешательства я могу отказаться от его проведения, даже в случае, когда назначенный вид хирургического вмешательства является единственным, или потребовать прекращения его проведения.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен (согласна) с возможным изменением объема медицинского вмешательства (его расширение или уменьшение) по показаниям. **Я доверяю** медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения состояния пациента.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся у пациента болезни и состояния и, добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья пациента.

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Я информирован(а), что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением моего внешнего вида, субъективна, поэтому эстетическая неудовлетворенность результатом ортодонтического лечения не может быть основанием для предъявления претензий.

Я уведомлен (а), что после проведения ортодонтического лечения для достижения запланированного эстетического результата и достижения оптимальных окклюзионных соотношений зубов и челюстей, может потребоваться ортопедическая коррекция (изготовление пломб, накладок, виниров, коронок), вплоть до тотального (с вовлечением большинства зубов) протезирования.

Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в сроки, указанные в листе назначений. Я уведомлен(а) о том, что невыполнение рекомендаций сопряжено с риском получения неудовлетворительного результата и развития осложнений, несмотря на все усилия доктора и применение самых совершенных аппаратов и методик лечения. Я согласен(на) тщательно выполнять все рекомендации и понимаю, что ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения мной рекомендаций врача полностью ложится на меня.

Я согласен(на) после окончания активного периода ортодонтического лечения носить ретенционные аппараты в течение всего времени, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиваться рецидив зубочелюстной патологии. В любом случае, мне будут необходимы систематический контроль, коррекция гигиены полости рта и профилактическое наблюдение. Я понимаю, что в случае нарушения мною рекомендаций врача, графиков профилактического осмотра и курсов профессиональной чистки зубов, ответственность за ухудшение моего стоматологического здоровья ложится на меня.

Я уведомлен(а), что отклеивание брекетов, коррекции съемных ортодонтических аппаратов, раздражение слизистой оболочки полости рта от составных элементов аппаратов, является особенностью оказываемых ортодонтических услуг, и не относятся к их недостаткам

Я понимаю свою ответственность за оплату услуг, оказанных мне в ООО «Бэл-Ар МЕД» в соответствии с прейскурантом. Я внимательно ознакомился с прейскурантом клиники и согласен оплачивать все оказанные мне стоматологические услуги в соответствии с Договором и планом лечения.

Я понимаю, что в связи с индивидуальной анатомией и реакцией организма возможно расхождение с первоначально определенным планом лечения и изменение ранее оговоренной стоимости лечения как в большую, так и в меньшую сторону по предварительному согласованию.

Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе выполнения работ.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья пациента : _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

« _____ » _____ 20__ г. _____ / _____
(подпись законного представителя) (ФИО)

Я, врач-ортодонт _____ подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском вмешательстве: ортодонтическое лечение, а также ответил Пациенту (-ке) в доступной форме на все заданные вопросы. Законный представитель пациента согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

« _____ » _____ 202__ г. _____ / _____

ФОРМА

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на медицинское вмешательство - на проведение хирургического стоматологического лечения с использованием диодного лазера.

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____
(ФИО полностью)

« ____ » _____ года рождения, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на

проведение мне медицинского вмешательства-- _____, в ООО «Бэл-Ар МЕД».

Медицинским работником - врачом- стоматологом _____

_____ (далее -лечащий врач)

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено следующее:

- целью медицинского вмешательства является: устранение инфекционного очага или другого патолофизиологического процесса полости рта;
- метод проведения медицинского вмешательства заключается в иссечении или абляции патологически измененных тканей челюстно-лицевой области, не поддающихся консервативному (терапевтическому) лечению, при помощи диодного лазера. Диодный лазер используется в лечении зубов: антисептической обработке полости внутри зуба, прочищении зубных каналов, иссечение десневого капюшона при росте зубов мудрости, снятии воспаления, удалении зубов, кист, гранулем, извлечение труднодоступных зубов мудрости, в лечении десен антибактериальная обработка десен, снятие воспаления, разрез и очищении дерновых карманов (кюретаж десен), формирование уровня десны, особенно при проведении имплантации зубов; в хирургии – подрезание уздечки губы или языка, удаление язв, при проведении пластических операций на деснах.. Преимуществами данной методики лечения является: минимальное или полное отсутствие кровотечения, отсутствие отеков, более быстрое заживление послеоперационной раны, снижение риска развития инфекционных осложнений в послеоперационном периоде, минимизация анестезии или полное отсутствие необходимости в таковой, снижение болевых ощущений и дискомфорта, уменьшение времени проведения манипуляции. Разрешено к применению беременным женщинам и пациентам с кардиостимуляторами;
- проведение хирургического стоматологического лечения с использованием диодного лазера сопряжено с развитием ожогов с разрушением мягких тканей до кости;
- возможные реакции и осложнения: болевые ощущения в течение послеоперационного периода, сохранение припухлости мягких тканей, повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации, ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов, повышенная чувствительность зубов, замедление восстановления слизистой, разрушение подлежащих тканей;
- результатом медицинского вмешательства является: обеспечение противовоспалительного и противоотечного эффекта, улучшение локального кровообращения, снижение выраженности болевого синдрома, ускорение восстановления тканей, бактерицидное воздействие;
- возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства: распространение воспалительного процесса на соседние ткани, потеря зуба, усугубление пародонтоза;
- альтернативный вариант медицинского вмешательства - хирургическое вмешательство без использования лазера.

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства являются: патология сердца, сосудистой системы в стадии декомпенсации, заболевания нервной системы (при которых отмечается резкая, сильная возбудимость пациента), гипертиреоз, тяжелая стадия эмфиземы легких, почечная недостаточность, сахарный диабет в фазе декомпенсации, нарушение свертывающей системы крови, злокачественные новообразования, фотодерматозы.
- Я информирован(а) о том, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течение нескольких дней и более;
- Я предупрежден(а), что необходимость применения местной инъекционной 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. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляться в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости;

- Я информирован(а), что после операции необходимо ограничить физическую и функциональную нагрузку, соблюдать щадящую диету и гигиену полости рта;
- в случае возникновения каких-либо проблем после проведенного медицинского вмешательства, следует немедленно обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача;
- несоблюдение режима и рекомендаций медицинского персонала может отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента, эффективности результата медицинского вмешательства и вызвать осложнения;
- до начала медицинского вмешательства я могу отказаться от его проведения, даже в случае, когда назначенный вид хирургического вмешательства является единственным, или потребовать прекращения его проведения.

Мне понятно, что в процессе осуществления разработанного плана лечения и проведения хирургических вмешательств, местные анатомо-физиологические условия могут быть отличными от предполагавшихся ранее, и может быть проведено дополнительное или альтернативное лечение по усмотрению врача. Я так же одобряю любые модификации в плане лечения, применяемых материалах, или послеоперационном уходе, если они направлены для лучшего удовлетворения моих интересов.

Я доверяю медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения состояния пациента.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни и состояния и, добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Я информирован(а), что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма.

Я информирован(а) о том, что не реже одного раза в 6 месяцев пациенту необходимо пройти контрольный осмотр у врача-стоматолога и не реже одного раза в три месяца пройти профессиональную гигиеническую чистку зубов. А также обязан(а) поддерживать хороший уровень гигиены полости рта и отказаться от злоупотребления курением, следовать рекомендациям врача. Пренебрежение пациентом этими условиями делает невозможным обеспечение критериев качества по оказанной медицинской услуге и влечёт за собой прекращения действия гарантийных обязательств со стороны клиники по предоставленной услуге.

По решению врачей и при условии участия представителей клиники в лечебно-диагностическом процессе, допустимо ведение пациента в других медицинских организациях.

Клиника своими силами и/или за свой счет обеспечивает устранение осложнений настоящей медицинской услуги. При отсутствии причинно-следственной связи между возникшими отклонениями в состоянии здоровья пациента и проведенным лечением, клиника не принимает на себя обязательств по их устранению.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья пациента
: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

« _____ » _____ 20 _____ г.

(подпись законного представителя)

(ФИО)

Я, врач-стоматолог _____ подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском вмешательстве: дентальная имплантация, а также ответил Пациенту (-ке) в доступной форме на все заданные вопросы. Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

« _____ » _____ 202 _____ г. _____ / _____

ФОРМА

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на рентгенодиагностику зубочелюстной системы

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____
(ФИО полностью)

« ____ » _____ года рождения, паспорт: серия « ____ » № _____ выдан _____
Дата выдачи: _____ г.,

зарегистрированный по адресу: _____,
проживающий по адресу: _____,
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____ (далее - Пациент)
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ года рождения, проживающего по адресу: _____

на основании _____
(Документ, подтверждающий полномочия законного представителя)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Приказом Министерства здравоохранения РФ от 9 июня 2020 г. N 560н "Об утверждении Правил проведения рентгенологических исследований" даю согласие на проведение медицинского исследования,

, в ООО «Бэл-Ар МЕД».

Медицинским работником - врачом-стоматологом _____
(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено следующее:

- **целью проведенного исследования является:** комплексно оценить состояние зубочелюстной системы, определиться с объемом необходимого лечения, выяснить анатомию корневых каналов зуба, оценить имеющиеся воспалительные изменения, проконтролировать эффективность своей работы после окончания лечения и по необходимости назначить дополнительные методы исследования в связи с показанием:

_____ (указать диагноз)

- **метод проведения медицинского исследования заключается** в проведении лучевой диагностики с использованием рентгеновского излучения в челюстно-лицевой области;

- **проведение медицинского исследования сопряжено с риском:** превышение допустимой лучевой нагрузки, что отрицательно влияет на кроветворную, сердечно-сосудистую, дыхательную системы;

- **результатом медицинского исследования является:** формирование правильного прикуса, санация полости рта;

- **возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского исследования:** невозможность постановки правильного диагноза и как следствие правильного лечения - прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений;

- **альтернативный вариант медицинского исследования:** отказ от лечения или лечение без рентгенодиагностики.

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- **противопоказаниями для проведения настоящего медицинского исследования являются:** беременность на протяжении всего срока (исключение пожизненные показания при проведении консилиума), проведение пациенту курсов лучевой терапии (менее, чем за 6 месяцев до настоящего обращения);

- средняя доза облучения, получаемая при интраоральной рентгенодиагностики (цифровая) составит 0,001-0,004 мЗв на один снимок;

- панорамная рентгенодиагностика (цифровая): 0.01-0.04мЗв;

- несоблюдение режима и рекомендаций медицинского персонала может отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента, эффективности результата лечения и вызвать осложнения;

- до начала медицинского исследования я могу отказаться от его проведения и потребовать его прекращения;

Мне понятен предлагаемый метод исследования, а также я информирован (информирована), что врач может счесть необходимым направить меня (представляемого) на дополнительные рентгенологические исследования в иные специализированные медицинские организации. **Я доверяю** медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения состояния пациента.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся у пациента болезни и состояния и, добровольно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья пациента. Я уведомлен(а) о том, что мне (представляемому) гарантирован контроль за дозой облучения в целях обеспечения и контроля моей (представляемого) безопасности, в частности, правильное ведение листа учета дозовых нагрузок пациента при рентгенологических исследованиях

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья пациента: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____
(подпись законного представителя) (ФИО)

Я, врач-стоматолог _____ подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском исследовании рентгенодиагностики зубочелюстной системы, а также ответил пациенту (законному представителю Пациента) в доступной форме на все заданные вопросы. Законный представитель пациента согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____

ФОРМА

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство – удаление молочного зуба**

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____
(ФИО полностью)

« ____ » _____ года рождения, паспорт: серия _____ № _____ выдан

_____ Дата выдачи: _____ Г.,
зарегистрированный по адресу: _____

_____ проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____ (далее - Пациент)
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ года рождения, проживающего по адресу: _____

_____ на основании _____
(Документ, подтверждающий полномочия законного представителя)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю согласие на проведение медицинского вмешательства **удаление молочного зуба № _____**, в ООО «Бэл-Ар МЕД».

Медицинским работником - **врачом- стоматологом** _____
ФИО _____

(далее – лечащий врач)

в доступной для меня форме мне разъяснено следующее:

- **целью медицинского вмешательства является:** проведение удаления при невозможности или нецелесообразности сохранения зуба, в связи с показанием: _____

(указать диагноз)

- **метод проведения медицинского вмешательства заключается в проведении местной аппликационной анестезии** гелем, далее выполняется по показаниям местная анестезия, отодвигается десна, зуб расшатывается при помощи специальных, адаптированных для разных зубов и разных клинических ситуаций инструментов, а затем удаляется зуб, выполняется гемостаз (к лунке прижимается стерильная марля или гемостатическая губка).

- **последствием медицинского вмешательства являются:** повреждение десны и мягких тканей полости рта в области удаленного зуба, которые могут носить иррадирующий характер (распространяться в соседние области); первые сутки после удаления зуба возможно небольшое повышение температуры тела; отек мягких тканей в области удаленного зуба; контрактура (ограничение при открывании рта) после удаления; боль при глотании; кровотечение; временные изменения в речи и жевании;

- **возможные осложнения во время проведения медицинского вмешательства:** перелом коронки удаляемого зуба; перелом и/или вывих соседнего зуба; перелом и/или вывих челюсти; обнажение участка альвеолярной кости; повреждение мягких тканей; заглывание и/или аспирация зуба, которое может привести к обтурации дыхательных путей (асфиксии); проглатывание зуба может травмировать острыми краями слизистую оболочку глотки (проглатывание зуба покидает желудочно-кишечный тракт естественным путем);

- **возможные осложнения после проведения медицинского вмешательства:** небольшая боль в месте удаления зуба; кровотечение из лунки; смещение челюстно-лицевого аппарата (нарушение прикуса), нарушение развития, феномен Попова-Гадона. **Мне разъяснено,** что симптомами подобных осложнений после удаления являются нарастающие в течение последующих дней после медицинского вмешательства болевые ощущения, повышение температуры тела, слабость, неприятный запах изо рта, гнойное отделяемое и, что при их появлении необходимо обратиться к лечащему врачу для дополнительного обследования и консультации после проведения медицинского вмешательства;

- **результатом медицинского вмешательства является:** удаление патологического процесса, санация полости рта;

- **альтернативный вариант медицинского вмешательства:** отсутствует;

- **возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства:** заболеть, развитие хронического ринита, тонзиллита, синусита, неприятный запах изо рта, развитие гнойно-воспалительного процесса (пульпита, абсцесса или флегмоны).

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- **противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства являются:** заболевания свертывающей системы крови; инфекционные заболевания; тяжелые соматические заболевания декомпенсации. Не допускается проведение операции при острых заболеваниях и состояниях, в том числе воспалительных процессов в области выполнения вмешательства, и при обострении хронических заболеваний.

- во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае **я согласен (согласна)** на то, что ход операции может быть изменен медицинским персоналом по их усмотрению. В случаях моего отсутствия и/или когда мое состояние не позволит мне выразить свою волю, а необходимость проведения медицинских вмешательств неотложна, в соответствии с пунктами 1 и 2 части 9 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», вопрос о медицинском вмешательстве в интересах пациента решает консилиум врачей, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач.
- в случае возникновения каких-либо проблем в послеоперационном периоде, связанных с проведенным медицинским вмешательством, следует немедленно обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача;
- несоблюдение режима и рекомендаций лечащего врача может отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента, эффективности результата операции и вызвать осложнения;
- до начала медицинского вмешательства я могу отказаться от его проведения, даже в случае, когда назначенный вид хирургического вмешательства является единственным, или потребовать прекращения его проведения.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен (согласна) с возможным изменением объема медицинского вмешательства (его расширение или уменьшение) по показаниям. **Я доверяю** медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения состояния пациента.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся у пациента болезни и состояния и, добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья пациента.

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня и не имеют по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья пациента:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____ (подпись законного представителя) (ФИО)

Зач-стоматолог _____ подтверждаю, что в полном соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском вмешательстве удаление чужого зуба, а также ответил законному представителю Пациента в доступной форме на все заданные вопросы. Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

« ____ » _____ 202__ г. _____ / _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на медицинское вмешательство - профессиональная гигиена зубов

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____
(ФИО полностью)

« ____ » _____ года рождения, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г.

№ 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на

проведение мне медицинского вмешательства - профессиональной гигиены зубов, в ООО «Бэл-Ар МЕД». Медицинским работником - врачом- стоматологом _____ (далее – лечащий врач)

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено следующее:

- целью медицинского вмешательства является: очищение поверхности зубов от твердого и мягкого налета, зубного камня, пигментных пятен, профилактика воспалительных заболеваний;
- метод проведения медицинского вмешательства заключается в использовании разнообразных аппаратов (лазерное воздействие, ультразвук, скейлинг или система «Air Flow») в зависимости от клинической ситуации в каждом конкретном случае;
- проведение медицинского вмешательства сопряжено с риском дискомфорта ощущений во рту и болезненность самих процедур, небольшая кровоточивость, вызванные исходным состоянием десен;
- возможные реакции и осложнения: повышенная чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям; отек (припухлость) и кровоточивость десны и мягких тканей; растрескивание уголков рта вследствие их натяжения во время манипуляций, выпадения дефектных пломб, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба;
- результатом медицинского вмешательства является: эстетический внешний вид зубов, устранение неприятного запаха изо рта, предотвращение развития серьезных стоматологических заболеваний;
- возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства: развитие периодонтальных заболеваний, повреждение мягких тканей щек и десен, нарушение прикуса, изменения в области височно-нижнечелюстного сустава, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта;
- альтернативный вариант медицинского вмешательства: альтернативы нет.

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства являются: острые инфекционные заболевания, воспаление слизистых оболочек полости рта, возраст до 18 лет, повышенная чувствительность зубов и аллергические реакции на компоненты анестетиков, беременность, злокачественные новообразования полости рта:
- состояния моих зубов и полости рта;
- в случае повышенной чувствительности зубов и десен будет необходимо проведение обезболивания до проведения процедур;
- несоблюдение режима и рекомендаций медицинского персонала может отрицательно сказаться на эффективности результата медицинского вмешательства и вызвать осложнения;
- до начала медицинского вмешательства я могу отказаться от его проведения и потребовать прекращения его проведения.

Я понимаю, что профессиональную гигиену необходимо выполнять два раза в год, при этом самостоятельно чистить зубы не менее двух раз в день лечения.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся у пациента болезни и состояния и, добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья пациента.

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я согласен(согласна) с медицинским вмешательством на предложенных условиях.

Я, врач-стоматолог _____ подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском вмешательстве профессиональной гигиене зубов, а также ответил Пациенту (-ке) в доступной форме на все заданные вопросы. Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

« ____ » _____ 202 ____ г. _____ / _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство – лечение неосложненного кариеса

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____

(ФИО полностью)

« ___ » _____ года рождения, паспорт: серия « ___ » № _____ выдан _____

_____ Дата выдачи: _____ г.,

зарегистрированный по адресу: _____,

проживающий по адресу: _____,

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____ (далее- пациент)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ___ » _____ года рождения, проживающего по адресу: _____

на основании _____

(Документ, подтверждающий полномочия законного представителя)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю согласие на проведение медицинского вмешательства - лечение неосложнённого кариеса зуба № _____, в ООО «Бэл-Ар МЕД».

Медицинским работником - **врачом-стоматологом**

(далее лечащий врач)

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено следующее:

- целью медицинского вмешательства является: остановить процесс разрушения твердых тканей, восстановление формы и функции пораженного зуба, предупреждение развития осложнений и восстановление эстетики зубного ряда, в связи с: _____

(указать диагноз и № зуба)

- метод проведения медицинского вмешательства заключается в проведении местной аппликационной анестезии гелем, далее выполняется местная анестезия(по желанию пациента), осуществляется профессиональная чистка зубов, удаление налета и камня, препарирование(удаление кариозной полости и ее чистка, поврежденные ткани обрабатываются специальными материалами), наложение пломбы по цветовой тону зуба, изолирование зуба с помощью ватных тампонов или коффердама, послойно наносится композит. Далее проводится обработка пломбы, коррекция ее под прикус пациента, шлифовка и полировка;

- проведение медицинского вмешательства сопряжено с риском вскрытие пульповой камеры, прободение кариозной полости, повреждение соседних зубов и мягких тканей;

- возможные послеоперационные реакции и осложнения: боль в месте лечения сохраняющаяся до 7 дней, изменение чувствительности, кровоточивость при повреждении десневого сосочка;

- результатом медицинского вмешательства является: санация полости рта;

- возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства: воспаление нерва или десны, потеря зуба, развитие генерализованного инфекционного процесса(сепсиса).

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства являются: инфекционные заболевания; тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации. Не допускается проведение операции при острых заболеваниях и состояниях, в том числе местных воспалительных процессов в области выполнения вмешательства (стоматит, гингивит), и при обострении хронических заболеваний;

- дифференциальная диагностика глубокого кариеса и начального пульпита (гиперемия пульпы) в большинстве случаев бывает затруднена по причине сходных патофизиологических процессов и, как следствие, сходных симптоматических признаков. По этой причине, прогнозировать благоприятный исход на этапе составления плана лечения не предоставляется возможным, в свою очередь, лечащий врач обязуется максимально эффективно применять консервативные методы лечения для сохранения жизнеспособности пульпы, а пациент - строго следовать рекомендациям;

- были проведены необходимые дополнительные методы исследования, на основании чего предложил мне возможные варианты лечения, их особенности и последствия;

- в случае возникновения каких-либо проблем, связанных с проведенным медицинским вмешательством, следует немедленно обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача;

-возможно изменение цвета реставрации из-за употребления в пищу определенных продуктов, содержащих красители;

- обсуждена информация о гарантиях.

Я информирован(а) об особенностях течения кариозного процесса, в частности о том, что видимые изменения на поверхностях зуба не отображают действительный объем кариозного поражения из-за особенностей анатомического

и структурного строения эмали и дентина, вследствие чего основной очаг поражения располагается в глубоких, менее минерализованных (менее плотных) тканях зуба.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся у пациента болезни и состояния и, добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья пациента.

Я подтверждаю, что со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья пациента: _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____ (подпись законного представителя) (ФИО)

Я, врач-стоматолог _____ подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском вмешательстве лечение неосложненного кариеса, а также ответил законному представителю Пациента в доступной форме на все заданные вопросы. Законный представитель пациента(пацент) согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

« ____ » _____ 202__ г. _____ / _____

Данное информированное согласие распространяется на лечение следующих зубов:

Дата	№ зуба (зубов)	Подпись пациента

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение местной анестезии**

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____
(ФИО полностью)

« ____ » _____ года рождения, паспорт: серия « ____ » № _____ выдан _____
Дата выдачи: _____ г.,

зарегистрированный по адресу: _____,
проживающий по адресу: _____,
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____ (далее - Пациент)
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ года рождения, проживающего по адресу: _____

на основании _____
(Документ, подтверждающий полномочия законного представителя)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю согласие на проведение местной анестезии в ООО «Бэл-Ар МЕД».

Медицинским работником - врачом-стоматологом _____
(ФИО, должность медицинского работника) (далее – лечащий врач)

в доступной для меня форме мне разъяснено следующее:

- **целью проведенного исследования является:** снятие или уменьшение болевого синдрома, проведение стоматологического лечения в комфортных для пациента условиях в связи с показанием:

_____ (указать диагноз)

- **метод проведения медицинского исследования заключается** в введении в ткани челюстно-лицевой области раствора местного анестетика аппликационным или инъекционным способом с помощью карпульных, систем;

- **проведение медицинского вмешательства сопряжено с риском местных осложнений:** боль и жжение при инъекции, гематома (кровоизлияние в тканях) возникает при травме сосудов иглой; повреждения мягких тканей после проведения анестезии может возникнуть вследствие прикусывания мягких тканей губы или языка в зоне анестезии; развитие тризма (ограничение открывания рта), осложнение длится несколько дней и может потребоваться физиолечение; травма нервного волокна, проявляющаяся стойким нарушением чувствительности, парестезия (онемение) или болезненная нейропатия в зоне иннервации поврежденного нерва, с нарушением вкусовой чувствительности и речи, длительностью от нескольких дней до нескольких месяцев, инфицирование тканей может возникать при проведении анестезии при уже существующем воспалительном процессе в области проведения инъекции; некроз тканей, связанный с действием сосудосуживающего компонента анестезирующего раствора, особенно у пациентов с гипертонической болезнью и сахарным диабетом; поломка иглы;

- **проведение медицинского вмешательства сопряжено с риском развития:** психогенной реакции на инъекцию (беспокойство, тревожное настроение, паника, изменение гемодинамических показателей, дыхания, уровня сахара в крови, усиление потоотделения и развития неотложных состояния); головная боль, нарушение зрения, диплопия, тремор, судороги, тошнота, рвота, нарушение сознания, нарушения гемодинамики и сердечного ритма; аллергическая реакция разной степени проявления (крапивница, отек Квинке) вплоть до анафилактического шока на анестетик, стабилизатор вазоконстриктора (натрия бисульфит), консерванты, натрия хлорид, ЭДТА;

- **результатом медицинского вмешательства является:** защита пациента от боли, страха, психоэмоционального переживания, перенапряжения и позволяет предотвратить развитие дентофобии;

- **возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства:** болевой синдром;

- **альтернативный вариант медицинского исследования:** лечение без анестезии или в условиях общего наркоза.

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- **противопоказаниями для проведения настоящего медицинского исследования являются:** гиперчувствительность к препарату и его компонентам, декомпенсированная сердечная недостаточность, тахиаритмия, пароксизмальная тахикардия, закрытоугольная глаукома, бронхиальная астма с повышенной чувствительностью к сульфитам, дефиците холинэстеразы крови, миастения, метгемоглобинемия, В-12 дефицитная анемия, хроническая гипоксия, в раннем детском возрасте.

- низкая эффективность действия местных анестетиков возможна при развившемся болевом синдроме и воспалительном процессе, после приема некоторых медицинских препаратов и алкоголя, индивидуальных анатомических особенностей строения челюстно-лицевой области, нервной системы и особенности метаболизма пациента.

- до начала медицинского вмешательства я могу отказаться от его проведения и потребовать его прекращения;

Мне понятны цель, методы и возможные последствия медицинского вмешательства.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся у пациента болезни и состояния и, добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья пациента.

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья пациента: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

« _____ » _____ 20__ г. _____ / _____
(подпись законного представителя) (ФИО)

Я, врач-стоматолог _____ подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском вмешательстве проведение местной анестезии, а также ответил пациенту (законному представителю Пациента) в доступной форме на все заданные вопросы. Законный представитель пациента согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

« _____ » _____ 202__ г. _____

После ознакомления всей информации соглашаюсь на проведение местной анестезии:

Дата	Область, вид местной анестезии	Подпись п-та/з.п.	Подпись врача

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство - на эндодонтическое лечение
(лечение корневых каналов зуба).

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____
(ФИО полностью)

« ____ » _____ года рождения,

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне медицинского вмешательства **лечение корневых каналов зуба № _____**, в ООО «Бэл-Ар МЕД».

Медицинским работником - **врачом-стоматологом-терапевтом** _____
(ФИО)

_____- (далее – лечащий врач)

в доступной для меня форме **мне разъяснено следующее:**

- целью медицинского вмешательства является: удаление ткани пульпы из пульповой камеры и каналов с последующей их герметизацией в связи с показанием: _____

(указать диагноз)

- метод проведения медицинского вмешательства заключается в удалении инфицированного дентина, обеспечение доступа к пульпе, удаление пульповой ткани (депульпирование), антисептическая обработка, полость закрывают временной или постоянной пломбой (по показаниям).

последствием медицинского вмешательства являются:

возможные осложнения при проведении медицинского вмешательства: перфорация дна и стенок полости зуба, obturация просвета корневого канала дентинными отпилками, образование апикального уступа при искривлении канала, перфорация стенок корня, разрушение анатомического сужения, инфицирование раневого канала, неоднородное, недостаточное заполнение просвета канала, выведения пломбирочного материала за пределы апикального отверстия. Продольный перелом корня зуба и перелом инструмента в канале может привести к удалению зуба.

возможные осложнения после проведения медицинского вмешательства: отёчность десны и/или щеки в области леченого зуба, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и более, обострение имеющихся хронических воспалительных очагов в полости рта (кист, кистогранулём), обострение воспалительных очагов в костной ткани, ограничение открывания рта, которое обычно длится несколько дней. **Мне разъяснено**, что симптомами подобных осложнений являются: нарастающие в течение последующих дней после медицинского вмешательства болевые ощущения, повышение температуры тела, слабость, неприятный запах изо рта, гнойное отделяемое в месте удаления и, что при их появлении мне необходимо обратиться к лечащему врачу для дополнительного обследования и консультации после проведения медицинского вмешательства.

результатом медицинского вмешательства является: устранение воспалительного процесса в зубе или подготовка зуба к протезированию.

- возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства: развитие периодонтальных заболеваний, повреждение околозубных и мягких тканей щек и десен, при этом воспалительный процесс может приобрести разлитой характер с распространением его на надкостницу или кость челюсти (с последующим развитием периостита, остеомиелита); воспаление нерва, развитие синусита, лимфаденита, гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (абсцессы, флегмоны и т.д.).

- альтернативный вариант медицинского вмешательства: удаление зуба без лечения.

Я проинформирован (а) лечащим врачом о том, что:

- противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства являются: заболевания свертывающей системы крови; инфекционные заболевания; тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации. Не допускается проведение операции при острых заболеваниях и состояниях, в том числе острого стоматита, гингивита; при приеме алкоголя менее чем за 2 дня до операции;

- во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход операции может быть изменен медицинским персоналом по их усмотрению. В случаях, когда мое состояние не позволит мне выразить свою волю, а необходимость проведения медицинских вмешательств неотложна, в соответствии с пунктами 1 и 2 части 9 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» вопрос о медицинском вмешательстве в моих интересах решает консилиум врачей, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач.

- в случае возникновения каких-либостораживающих симптомов или вопросов, связанных с проведенным медицинским вмешательством, мне следует немедленно обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача;

- несоблюдение режима и рекомендаций медицинского персонала может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, эффективности результата хирургического лечения и вызвать осложнения;

- до начала медицинского вмешательства я могу отказаться от его проведения, даже в случае, когда назначенный вид хирургического вмешательства является единственным, или потребовать прекращения его проведения.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен (согласна) с возможным изменением объема медицинского вмешательства (его расширение или уменьшение) по показаниям в момент его проведения. Я доверяю медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения моего состояния.

Я понимаю, что во время операции возможна потеря крови и даю согласие на переливание донорской или ауто- (собственной) крови и ее компонентов.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни и состояния и добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ / _____

(подпись пациента)

(ФИО)

Я, врач- стоматолог-терапевт _____ подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском вмешательстве «лечение корневых каналов зуба № _____», а также ответил Пациенту (-ке) в доступной форме на все заданные вопросы. Пациент (-ка) согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался (-лась) в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии.

« _____ » _____ 202 _____ г. _____

ФОРМА

**Информированное добровольное согласие
на отдельные виды медицинских вмешательств**

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

<p>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет (для больных, страдающих наркоманией, не достигших 16 лет), или недееспособных граждан:</p> <p>Я, _____, паспорт: серия « _____ » № _____ выдан: _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)</p>

находясь на лечении (обследовании) добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому):
удаления инородного тела конъюнктивы под местной анестезией инокаином 0.4%

-Я проинформирован лечащим врачом о последовательности лечебных манипуляций, которые будут выполнены
врачом в ходе моего лечения (методе оказания услуги), а именно: врач после предварительного обезболивания
пинцетом/ватной палочкой/ медицинской иглой/ копьём удалит инородное тело конъюнктивы, при необходимости
с последующей инстилляцией капель /антибактериальных, репаративных и пр/.

-Я проинформирован(а) о том, что при отказе или несвоевременном выполнении данной манипуляции, возможно
присоединении инфекции, либо возникновении токсико-аллергических реакций, что может привести к
формированию конъюнктивита, кератоконъюнктивита, эрозий роговицы, язвенного поражения роговицы,
проникновение инфекции и токсико-аллергической реакции в глубжележащие структуры глаза с
формированием иридоциклита, увеита, в особо тяжелых случаях панuveита, что приведет к потере зрительных
функций и возможной гибели глаза.

- Я ознакомлен (а), что сразу после удаления и в последующие дни вплоть до восстановления целостности
конъюнктивы могут сохраняться симптомы: ощущение инородного тела, слёзотечение, светобоязнь, блефароспазм,
болезненность и покраснение глаза, слипание век, сниженная острота зрения.

- Так же я предупреждён(ена) о необходимости проводить инстилляции лекарственных средств: антибиотиков,
противовоспалительных и т.д. по назначению лечащего врача-специалиста после удаления инородного тела
конъюнктивы, предупреждён(ена), что при невыполнении рекомендаций возможно стойкое снижение зрения,
формирование язвенного поражения роговицы, проникновение инфекции в глубжележащие структуры глаза с
формированием иридоциклита, увеита, в особо тяжелых случаях панuveита, гибели глаза.

-Я проинформирован(а) о результате оказания медицинской услуги: уменьшение воспалительных ощущений и
изменений, разрешение заболевания.

-Я ознакомлен (ознакомлена) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского
вмешательства: снижение остроты зрения, гиперемия и отёк конъюнктивы, кровоизлияние в ткани глаза,
коллаптоидное состояние (острая сосудистая недостаточность, причиной которой служит психоэмоциональные
расстройства), в очень редких случаях перфорация глазного яблока, аллергические реакции на применение
обезболивающего средства или антибиотика (отек Квинке, анафилактический шок и др.), присоединение вторичных
инфекций.

-Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе
об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо
всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о
принимаемых лекарственных препаратах.

Мне разъяснено право на отказ от медицинского вмешательства.

Подписывая настоящее информированное согласие удостоверяю, что лечащий врач в доступной форме
предоставил мне полную (исчерпывающую) информацию по поводу моего заболевания, целях, методах
лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, предполагаемых
результатах, возможных последствиях и осложнениях, мне была предоставлена возможность задать
врачу все интересующие меня вопросы и получить на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании
вышеизложенного, я добровольно даю свое согласие на удаление инородного тела конъюнктивы под
местной анестезией врачом – специалистом ООО «Бэл-Ар МЕД».

« _____ » _____ 20__ года (подпись пациента/законного представителя)

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(должность, подпись, И. О. Фамилия)

« _____ » _____ 20__ года.

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет (для больных, страдающих наркоманией, не достигших 16 лет), дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей, а также в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий врач с последующим уведомлением главного врача медицинской организации и законных представителей.

ФОРМА

Информированное добровольное согласие на отдельные виды медицинских вмешательств

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет (для больных, страдающих наркоманией, не достигших 16 лет), или недееспособных граждан:

Я, _____,
паспорт: серия « _____ » № _____ выдан: _____ являюсь
законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного
недееспособным: _____
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

находясь на лечении (обследовании) добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому): парабульбарной и или ретробульбарной инъекции лекарственного препарата/препаратов

-Я проинформирован лечащим врачом о последовательности лечебных манипуляций, которые будут выполнены врачом в ходе моего лечения (методе оказания услуги), а именно: после обработки поля для инъекции растворами антисептиков (хлоргексидин, спиртовая салфетка и др.) врач просит пациента посмотреть вверх и внутрь, после пальпации нижне-наружного края орбиты, проколов кожу вводит иглу, параллельно нижней стенке орбиты на глубину 1-2 см; срез иглы направлен к главному яблоку. Вводится 0,5-1 мл лекарственных препаратов. После извлечения иглы, место инъекции прижимается стерильным ватным тампоном на несколько минут.

-Я проинформирован(а) о том, что при отказе или несвоевременном выполнении данной манипуляции, возможно ухудшение состояния: стойкая утрата зрительных функций, присоединение инфекции, токсических и аллергических реакций, замедление репаративных процессов, прогрессирование моего заболевания.

-Я проинформирован(а) о результате оказания медицинской услуги: уменьшение воспалительных ощущений и изменений, разрешение заболевания либо облегчение симптомов заболевания, сохранение имеющихся зрительных функций.

-Я ознакомлен (ознакомлена) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства: коллаптоидное состояние (острая сосудистая недостаточность, причиной которой служит психоэмоциональные расстройства), аллергические реакции на применение обезболивающего средства или антибиотика (отек Квинке, анафилактический шок и др.), болезненность, гиперемия, отёк, кровоизлияние в месте инъекции и окружающих тканей, в т.ч в стекловидное тело, рубцевание тканей кожи века и конъюнктивы, некроз отдельных участков, проникающее ятрогенное ранение, пролапс стекловидного тела – выпадение или миграция стекловидного тела за пределы капсулы глазного яблока. Присоединение вторичных инфекций любой (чаще бактериальной или грибковой) этиологии. Разрыв капсулы глаза, цинновых связок, глазодвигательного комплекса. Могут изменяться адекватная реакция зрачка, движения глазного яблока.

-Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных препаратах.

Мне разъяснено право на отказ от медицинского вмешательства.

Подписывая настоящее информированное согласие удостоверяю, что лечащий врач в доступной форме предоставил мне полную (исчерпывающую) информацию по поводу моего заболевания, целях, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, предполагаемых результатах, возможных последствиях и осложнениях, мне была предоставлена возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получить на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного, я добровольно даю свое согласие на парабульбарную инъекцию лекарственных средств: _____

(название лекарственных препаратов)

врачом – специалистом ООО «Бэл-Ар МЕД» _____

« _____ » _____ 20__ года (подпись пациента/законного представителя)

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(должность, подпись, И. О. Фамилия)

« _____ » _____ 20__ года.

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет (для больных, страдающих наркоманией, не достигших 16 лет), дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей, а также в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий врач с последующим уведомлением главного врача медицинской организации и законных представителей.

ФОРМА

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
потребителя/ законного представителя потребителя на проведение медицинского вмешательства:
скарификация роговицы под местной анестезией

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет (для больных, страдающих наркоманией, не достигших 16 лет), или недееспособных граждан:

Я, _____,
паспорт: серия _____ № _____ выдан: _____ являюсь
законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного
недееспособным: _____
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме на основании заключенного договора об оказании медицинских услуг, проинформирован лечащим врачом о наличии у меня (представляемого) незаживающей эрозии роговицы глазного яблока.

Я проинформирован(-а) о необходимости проведения скарификации роговицы у меня (представляемого) и последующего консервативного лечения в самые ранние сроки. Мне разъяснено, что наличие эрозии роговицы глазного яблока, может приводить к еще большему воспалению роговицы глаза (кератиту), воспалению радужной оболочки и цилиарного тела глаза (иридоциклит), воспалению внутренних структур глаза (увеиту, эндофтальмиту), язвенному поражению роговицы, риск развития и степень выраженности проявления которых зависит от глубины и обширности травматизации роговицы (глазного яблока), увеличивается при задержке с удалением инородного тела или отказе от его удаления, что может привести к потере зрительных функций и возможной гибели глаза. В отделанном периоде может развиваться помутнение роговицы, металлоз при длительном нахождении металлического инородного тела в толще роговицы, что может потребовать соответствующего лечения, в том числе и хирургического.

Скарификация роговицы проводится врачом-специалистом при моем согласии на проведение медицинского вмешательства мне (представляемому). Я проинформирован (-а) лечащим врачом о последовательности лечебных манипуляций, которые будут выполнены в ходе проведения этой манипуляции, а именно: врач после предварительного обезболивания роговицы с помощью ватной палочки и(или) специального медицинского инструмента проведет скарификацию роговицы, при необходимости с последующей инстилляцией лекарственных препаратов.

Я проинформирован (-а) о том, что сразу и в последующие дни вплоть до восстановления целостности роговицы могут сохраняться симптомы: ощущение инородного тела, слезотечение, светобоязнь, блефароспазм, болезненность и покраснение глаза, слипание век, сниженная острота зрения.

Я ознакомлен(-а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства: снижение остроты зрения, гиперемия и отёк роговицы, кровоизлияние в ткани глаза, риском развития аллергических реакций на обезболивающее средство, в том числе: крапивницы, отека Квинке, анафилактического шока (жизнеугрожающее состояние), синкопальное (коллаптоидное) состояние и связанные с ним осложнения (сердечно-сосудистые (гипертонический криз, боли в области сердца) и иные), причиной которой чаще всего могут являться стрессовые, психоэмоциональные переживания (расстройства), в очень редких случаях перфорация глазного яблока, присоединение вторичной инфекции.

Я предупрежден(а), что единичная манипуляция может не дать ожидаемого эффекта вплоть до полного отсутствия такового и может потребоваться проведение повторной манипуляции (санация раны роговицы глазного яблока) для окончательного достижения цели медицинского вмешательства или направление на госпитализацию в случаях затяжного, осложненного течения заживления раны роговицы.

Я проинформирован(-а) об альтернативном методе лечения: консервативном лечении - не гарантирующем выздоровление и не исключающем развитие осложнений.

Мне разъяснено о необходимости после выполнения медицинского вмешательства соблюдать следующие рекомендации, а именно: по назначению лечащего врача-проводить инстилляции лекарственных средств: антибактериальных, противовоспалительных и др. (при невыполнении данных рекомендаций возможно стойкое снижение зрения, формирование язвенного поражения роговицы, проникновение инфекции в глубжележащие структуры глаза с формированием иридоциклита, увеита, в особо тяжелых случаях панувеита, гибели глаза), обращаться в назначенные дни явок на амбулаторный прием к врачу-офтальмологу для осмотра, коррекции лечения.

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций лечащего врача может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, эффективности результата манипуляции и вызвать осложнения.

Я проинформирован(а) о конечном результате оказания медицинской услуги: уменьшение воспалительных ощущений и изменений, разрешение заболевания.

Мне разъяснено мое право отказаться от предложенной манипуляции (скарификации роговицы) в любое время до начала его выполнения.

Я максимально в полном объеме сообщил(а) Врачу достоверную информацию о состоянии моего здоровья (здоровья представляемого), а именно: об острых и хронических заболеваниях, о принимаемых, в настоящее время, лекарственных препаратах, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, в том числе с развитием клинически выраженных аллергических реакций (отека Квинке, бронхоспазма, анафилактического шока и др.).

Я проинформирован (-а) о том, что в случае возникновения каких-либо изменений со стороны моего общего состояния (боль, тошнота, затруднение дыхания, головокружение, зуд, жжение и др.) я должен(а) обратиться на прием к врачу или вызвать для оказания медицинской помощи бригаду скорой медицинской помощи.

Подписывая настоящее информированное согласие удостоверяю, что лечащий врач в доступной форме предоставил мне полную (исчерпывающую) информацию по поводу моего заболевания (травме), целях, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, предполагаемых результатах, возможных последствиях и осложнениях, мне понятен смысл всех терминов, была предоставлена возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получить на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного, я добровольно даю свое согласие на проведение медицинского вмешательства мне (представляемому): скарификации роговицы под местной анестезией врачом –специалистом ООО «Бэл-Ар МЕД». В соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сведения о состоянии моего здоровья, могут быть переданы

(фамилия, имя, отчество, телефон)

« _____ » 202__ г. _____

(подпись пациента)

Я подтверждаю, что в полном объеме в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставил информацию о медицинском вмешательстве (удаление инородного тела роговицы под местной анестезией), а также ответил (-а) пациенту (-ке)/законному представителю в доступной форме на все заданные вопросы. Пациент (-ка)/ законный представитель согласился с проведением медицинского вмешательства и расписался (-лась) в моем присутствии о своем информированном добровольном согласии:

Врач _____

(подпись лечащего врача)