

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**  
**Хирургическое лечение (синус - лифтинг, направленная костная регенерация,**  
**костная аутопластика различными методами)**

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Я, нижеподписавшийся(аяся), \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина,)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне медицинское вмешательство

**хирургическое лечение:**

**- синус-лифтинг**

**- направленная костная регенерация,**

**- костная аутопластика различными методами**

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

1. Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.
2. Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях и методах хирургического лечения (синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика различными методами), объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.
3. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о сути лечения: - мне планируется провести операцию увеличения объема кости в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка (части).
4. Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.
- 5 Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства:
  - возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (при их назначении), а именно: аллергические реакции, нарушение состава кишечной микрофлоры.
  - в процессе операции – кровотечение; натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием; нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что иногда потребует отказаться от продолжения и выполнения данной операции.
  - после операции данные вмешательства сопровождаются дискомфортом, отёком, заложенностью носа, а так же болезненностью, но эти симптомы исчезнут через 5-10 дней после операции. Полное исчезновение всех симптомов может произойти через три недели или больше.
6. Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход операции.
7. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.
8. Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

**Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на хирургическое лечение (синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика различными методами) мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.**

**Я принимаю решение осуществить хирургическое лечение (синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика различными методами) на предложенных мне условиях.**

Подпись пациента / \_\_\_\_\_ / Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.  
(ФИО, подпись)

Лечащий врач / \_\_\_\_\_ / Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.  
(ФИО, подпись)