



## МЧУ «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «РАМБАМ»

127055, гор. Москва, ул. Образцова, д. 11, стр. 2, стр. 5

Тел.: +7(495) 663 23 55

e-mail: info@rimc-rambam.ru

www.rimc-rambam.ru

Лицензия на осуществление медицинской деятельности  
№ ЛО-77-01-012493 от 14 июня 2016 г.

### Информированное добровольное согласие на операцию по удалению зуба

г. Москва

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. пациента)

*Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах  
пациента действует его представитель*

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня (представляемого) заболевания \_\_\_\_\_

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>K00</b> Нарушения развития и прорезывания зубов | <input type="checkbox"/> <b>K07</b> Челюстно-лицевые аномалии [включая аномалии прикуса] |
| <input type="checkbox"/> <b>K01</b> Ретенированные и импактные зубы         | <input type="checkbox"/> <b>K08</b> Другие изменения зубов и их опорного аппарата        |
| <input type="checkbox"/> <b>K04</b> Болезни пульпы и периапикальных тканей  | <input type="checkbox"/> <b>K10</b> Другие болезни челюстей                              |
| <input type="checkbox"/> <b>K05</b> Гингивит и болезни парадонта            |  |

и, в связи с этим(и) заболеванием(и), о необходимости **проведения операции по удалению зуба(ов)**

**Я также предупрежден(а) о том, что в случае отказа от удаления зуба(ов) возможно возникновение следующих осложнений заболевания:** прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений (остеомиелит челюсти; гнойное воспаление лица и шеи; острый сепсис и др.), появление или нарастание боли, обострение системных заболеваний организма, летальный исход. Также отказ от удаления может привести к усложнению и даже невозможности будущего ортопедического и ортодонтического лечения зубов.

**Мне разъяснено и понятно, что операция по удалению зуба** заключается в удалении зуба или его части из челюстной кости при помощи специальных, адаптированных для разных зубов и разных ситуаций в полости рта инструментов. При некоторых заболеваниях (аномальное расположение зуба, использовавшийся ранее резорцин-формалиновый метод и другие...) врачу необходимо препарировать кость в области удаляемого зуба или его части для обеспечения доступа. В таких случаях, а также в случаях последующей имплантации для скорейшего восстановления целостности костной ткани врачом-стоматологом могут использоваться специальные костеобразующие материалы (Bio-OSS, Швейцария, Per Gen, США, и др.) и мембраны (НРТ Bio-Gite, НРТ Gore-Tex и др.), а также возможна пересадка собственной кости пациента как в «смеси» с костеобразующими материалами, так и без них.

**Альтернативными методами лечения являются:** отсутствие лечения вообще.

**Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:** удаление зуба не полностью, травма других зубов, появление или нарастание боли, кровотечение, осложнения воспалительного характера (альвеолит, остеомиелит и др), перфорация дна верхнечелюстной пазухи, проталкивание удаляемого зуба в мягкие ткани и полости, перелом челюстных костей, вывих нижней челюсти, травма нервов в области удаляемого зуба и, как следствие, онемение участка кожи лица и губ, которое может сохраняться 3-6 месяцев и более, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

**Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 2-3 дня.**

**Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после удаления зуба являются болевые ощущения в области удаленного зуба и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне (представляемому) необходимо обратиться в клинику Медицинское частное учреждение «Медицинский центр «Рамбам» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.**

**Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача в послеоперационный период.**

**Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом Медицинское частное учреждение «Медицинский центр «Рамбам».**

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

**Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства \_\_\_\_\_ (подпись)**

**Пациент (представитель пациента) отказался от проведения медицинского вмешательства \_\_\_\_\_ (подпись)**