

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

## **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ: ПЛАСТИКУ УЗДЕЧКИ ГУБЫ**

Я \_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. взрослого пациента*

**Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.**

Я, \_\_\_\_\_,  
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в ИП Норов С.А. (ОГРНИП 325619600197137), далее именуемое – «**Исполнитель**», и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **пластику уздечки губы**.

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

1. **Цели лечения.** Аномалии уздечек губ относятся к врожденным порокам развития челюстно-лицевой области. Короткая уздечка верхней губы – частая патология детского возраста, которая приводит к эстетическому недостатку – диастеме между центральными резцами на верхней челюсти, может вызвать кровоточивость десны. Диастемой называют промежуток, щель (от 1 до 6 мм и более) между центральными резцами, наблюдающийся чаще на верхней и реже на нижней челюсти. Показанием к операции пластики короткой уздечки верхней губы является наличие диастемы и воспалительных изменений в области центральных резцов. Операция пластики короткой уздечки нижней губы проводится при наличии диастемы между нижними центральными резцами, а также воспалительных или воспалительно-дистрофических изменений в области пародонта после проведения консервативного лечения у терапевта-стоматолога. Основной задачей операции пластики уздечки нижней губы является устранение натяжения ее путем удлинения тканей в передне-заднем направлении. Пластика уздечки губы - малоинвазивная операция, цель которой восстановление нормального питания, дыхания и речевых функций пациента, предотвращение формирования неправильного прикуса и заболеваний пародонта. Я подтверждаю, что при подготовке к проведению пластики уздечки губы получил(а) консультацию стоматолога-ортодонта и стоматолога-терапевта.

2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства.** Операция пластики уздечки губы будет выполняться врачом в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе пародонтит», утвержденными Решением Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» 23 апреля 2013 года с изменениями и дополнениями на основании Постановления № 18 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации.

Существует два основных способа пластики уздечки губы – классическая операция с использованием хирургического инструмента и лазерная хирургия. Операция, как правило, длится 20-30 минут и может потребовать применения местной анестезии. Пластика проводится с использованием различных методов. Выбор конкретного способа зависит от особенностей строения и крепления уздечки верхней губы: 1) френотомия, или рассечение уздечки. Ее проведение показано в тех случаях, когда уздечка верхней губы слишком узкая, имеет вид прозрачной пленки и не имеет точек крепления к краю альвеолярного отростка. Рассечение осуществляется в поперечном направлении, а накладывание швов – в продольном; 2) френэктомия, или иссечение уздечки. Назначается при широкой уздечке верхней губы. Разрез осуществляется по гребню натянутой уздечки, при этом иссекаются межзубный сосочек и ткани, расположенные в костном промежутке между корневыми частями раздвинутых центральных резцов; 3) френулопластика – ее суть состоит в перемещении участка крепления уздечки верхней губы. Выбор методов лечения и необходимых мне (пациенту) этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения. Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Совместно с врачом я имел(а) возможность выбрать из всех вариантов лечения наиболее рациональный.

Врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить пластику уздечки губы, я могу отказаться от ее выполнения. **Последствия отказа от пластики уздечки губы:** усугубление имеющихся заболеваний и нарушений – возникновение хронической травмы, нарушение трофики тканей пародонта, деформация прикуса, дефекты речи, функциональные нарушения (сосания, глотания), развитие осложнений (пародонтит и пр.).

Мне разъяснена необходимость применения местной 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. Возможно также применение специального обезболивающего геля. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечности десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше. Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

3. **Риски, последствия, осложнения.** Я понимаю, что операция пластики уздечки губы является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Некоторые нежелательные побочные действия и осложнения нельзя исключить. Врач объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после операции: кровотечение; инфекционные осложнения, связанные с микробным фактором; болевые ощущения, отёк; онемение в области проведения операции или лица после хирургического вмешательства; гематомы; повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации; увеличение лимфатических узлов; инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы в случае осложнений и при несоблюдения предписанных врачом назначений, рекомендаций и правил гигиены; аллергические реакции на анестезию, коллапс, анафилактический шок. Мне понятно, что указанные осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя. Я понимаю, что курение, приём алкоголя, наркотиков, некоторых лекарственных препаратов, чрезмерное употребление сахара, наличие и обострение имеющихся и вновь возникших заболеваний, полученные мной острые травмы снижают успех лечения.

4. **Противопоказания к выполнению пластики уздечки губы:** рецидивирующие заболевания слизистой оболочки рта; остеомиелит; множественный кариес с осложнениями; лучевое облучение головы и области шеи; церебральные поражения; болезни крови (лейкозы, гемофилия); инфекционные заболевания в стадии обострения; онкологические болезни; коллагенозы, склонность к формированию келоидных рубцов и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (здоровья пациента) - перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п. Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

5. **Предполагаемые результаты лечения.** Ожидаемым результатом пластики уздечки губы является достижение целей лечения, предупреждение развития осложнений.

6. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров по методу, рекомендованному врачом. При отказе от рентген-обследования (включая трехмерную компьютерную томографию) врач не сможет провести качественное лечение и исключить осложнения после лечения.

7. Гарантийный срок на проведенную операцию не устанавливается. Я информирован(а) среднестатистическом проценте благоприятного исхода операции по пластике уздечки губы.

8. Врач объяснил мне, что после операции: в течение 3-5 суток не рекомендуется заниматься активным физическим трудом; в течение 2-4 часов не рекомендуется принимать пищу; в течение первых 3 суток после операции не следует принимать горячую пищу и напитки, следует употреблять мягкую пищу, нагретую до средней температуры; с целью предотвращения спазма сосудов необходимо отказаться от курения в ближайшие 5 часов (а лучше в течение 3-5 дней) после операции; не употреблять алкоголь на протяжении первых суток (а если назначены антибиотики, то исключить спиртные напитки необходимо на весь курс лечения – согласно инструкции к препарату). **Категорически запрещается:** греть травмированную область каким-либо образом (прием горячей ванны тоже следует исключить); заниматься интенсивным физическим трудом; открывать рот особо широко; предпринимать попытки проникнуть в рану при использовании посторонних предметов. Для облегчения болевого синдрома может быть показан прием болеутоляющих, противовоспалительных и/или антибактериальных препаратов. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Врачом может быть рекомендовано полоскание ротовой полости дезинфицирующими (антисептическими) растворами и медикаментозное лечение. Мне разъяснено и понятно следующее: **если врач не назначил полоскания (ротовые ванночки) и/или медикаментозное лечение, я не должен(на) выполнять их без согласования в врачом, так как это может ухудшить мое состояние (состояние пациента).**

9. Я понимаю, что мне необходимо явиться на осмотр в сроки, назначенные врачом, а также проконсультироваться с врачом-ортодонтом, если мне (пациенту) показано ортодонтическое лечение.

10. Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в пункте 3 настоящего согласия состояний, осложнений, аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.

11. Неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме, может привести к увеличению сроков лечения и как следствие, увеличению стоимости лечения. Я согласен(на) тщательно выполнять рекомендации врача в процессе лечения, понимая, что невыполнение или ненадлежащее их выполнение чревато ухудшением состояния моего здоровья (здоровья пациента) и может повлиять на результат лечения. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

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

13. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

14. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.

**Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.**

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

**Пациент/Законный представитель пациента:**

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Врач:**

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /