

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
в ООО «КС«Эскулап»
на хирургическую операцию по френулопластике с применением
хирургического лазера**

*Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона
N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая
информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения
лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала
медицинского вмешательства*

Я, _____
(ФИО законного представителя)

"__" _____ г. рождения, добровольно обращаюсь в клинику Исполнителя для проведения
стоматологического лечения своему несовершеннолетнему ребенку

(Ф.И.О. пациента)

и даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство – хирургическую операцию по
пластике измененных уздечек губ/языка в полости рта – френулопластику.

Врач установил клинический диагноз и обосновал необходимость френулопластики.

Я получил(а) информацию о том, что хирургическая операция является единственным способом коррекции уздечек.
Данный метод лечения является лечебно-профилактическим и способствует правильному развитию челюстно-
лицевой области. Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения, а также о преимуществах
френулопластики с применением лазера. Френулопластика проводится бесконтактным путем с помощью
хирургического лазера под местной инъекционной анестезией препаратом Артикаин 4%. Я подтверждаю, что ранее
у моего ребенка не было зарегистрировано аллергии на этот анестетик.

После проведения операции в месте воздействия образуется струп (корочка темного цвета из коагулированной
ткани), которая отпадает самостоятельно в течение нескольких дней.

В доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск,
возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а
также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи (компенсация, стабилизация, осложнения,
развитие сопутствующих заболеваний). Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы,
которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Возможные исходы и прогнозы френулопластики:

Благоприятный исход:

Нормальное заживление, устранение влияния на рост и развитие ЧЛО.

Неблагоприятный исход:

Образования рубца, рецидив, нагноение операционной раны, неврит, повреждение сосудов, гематома,
кровотечение.

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преемственность и этапность оказания медицинской помощи
Выздоровление	90%	Восстановление внеш- него вида десны, отсутствие признаков воспаления	После лечения	Профилактические мероприятия не реже 2 раз в год
Стабилизация	4%	Отсутствие как положительной так и отрицательной динамики	После лечения	Профилактические мероприятия не реже 4 раз в год

Развитие ятрогенных осложнений	1%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	5%	Прогрессирование воспалительного процесса, переход его в язвенно-некротическую форму или в хроническую форму	Через 12 мес после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Рекомендации после операции:

- ни в коем случае самостоятельно не убирать и не повреждать струп (корочку) в месте воздействия хирургического лазера.
- Избегайте участия в контактных видах спорта и экстремальных играх до полного заживления
- Мягкая диета в течение 2 недель. После заживления и ликвидации струпа – обычное функционирование.
- Чистка зубной щеткой с мягкой щетиной после каждого приема пищи
- Используйте раствор Хлоргексидина 0.1% для полосканий и ротовых ванночек дважды в день по 3 минуты в течение недели. Необходимо полноценное и своевременное восстановление дефектов зубов и зубных рядов. Обязательное динамическое наблюдение у стоматолога согласно назначенному графику визитов. Клинический контроль должен осуществляться через 2 недели, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год. При возникновении боли и осложнений – необходимо немедленное обращение к лечащему врачу.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у моего ребенка заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение использовать труд любого медицинского работника, участие которого будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен(а) в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я понимаю, что ожидаемый положительный результат лечения не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответствующих стандартов и протоколов лечения.

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись) (Ф.И.О. законного представителя)

" ____ " _____ 20 ____ г.
(дата оформления)