

Информированное добровольное согласие на манипуляцию получение и применение тромбоцитарного сгустка в стоматологической клинике «А-Пломб»

Приложение к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «_____» _____ 20__ г.

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о предстоящих медицинских вмешательствах.

Согласие пациента на медицинское вмешательство означает лишь реализацию его права обладать информацией для принятия решения о вмешательстве и не означает освобождение исполнителя медицинской услуги от ответственности за ее ненадлежащее оказание.

Я, _____
_____ На основании статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», получив разъяснения по поводу предстоящей манипуляции, даю добровольное согласие на проведение манипуляции взятия крови из вены, получения и применения тромбоцитарного сгустка в стоматологической клинике «А-Пломб»
Решение вопроса о методе и объеме манипуляции по забору крови и получению тромбоцитарного сгустка доверяю медицинскому персоналу клиники.

Мне пояснили, что для получения тромбоцитарного сгустка у меня возьмут несколько миллилитров крови из вены в специальную пробирку, которую затем подвергнут центрифугированию для отделения тромбоцитарной массы. После центрифугирования один или несколько тромбоцитарных сгустков будут помещены непосредственно в процессе хирургического вмешательства в раневую поверхность – лунку удаленного зуба, место костной или мягкотканной пластики, гайморовы пазухи при синус-лифтинге и другие места в полости рта, где проводятся хирургические вмешательства в соответствии с планом лечения.

Я согласен(а) с тем, что количество процедур центрифугирования крови и количество забранной крови будет определяться в соответствии с имеющимися показаниями и противопоказаниями, а также целевым назначением манипуляции, местом применения сгустка. Полностью ясными и осознанными для меня являются следующие положения:

Место для взятия крови из вены выбирается медицинской сестрой. Наиболее типичные места – локтевые сгибы, тыльная сторона кисти.

Во время манипуляции взятия крови из вены могут возникнуть непредвиденные ситуации и осложнения, требующие медицинской помощи, а также обстоятельства, препятствующие выполнению данной манипуляции или выявиться ситуация, требующая изменения плана манипуляции. В связи с этим уполномочиваю медицинский персонал клиники выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением неопределенных ситуаций и осложнений.

Тромбоцитарный сгусток применяется в хирургической стоматологии для улучшения заживления ран и лунки зуба после удаления, более быстрого роста сосудов при костной и мягкотканной пластике, синус-лифтингах и иных реконструктивных операциях в полости рта, в том числе при установке дентальных имплантатов.

Я осведомлен(а) обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после манипуляции взятия крови из вены: отек, гематома, прокол вены, выведение лекарственного препарата в околовенозные ткани, кровотечение, обморочные состояния, снижение артериального давления, боль.

Я также осведомлен(а) обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после манипуляции применения тромбоцитарного сгустка – нагноение, отек, боль, рассасывание или выпадение сгустка, кровотечение, расхождение швов, вторичное инфицирование. Также я уведомлен, что после центрифугирования крови нужный врачу сгусток может не получиться, что потребует либо взятия новой порции крови из вены, либо пересмотра плана лечения без применения тромбоцитарного сгустка.

Получение и применение тромбоцитарного сгустка является отдельной медицинской манипуляцией и подлежит оплате по прайсу на момент оказания услуги.

Мне известно, что после применения тромбоцитарного сгустка врачом часто назначается

медикаментозное лечение с применением антибиотиков и других препаратов, которые снижают риск осложнений хирургического лечения и вторичного инфицирования. Нарушение назначенной врачом медикаментозной терапии может негативно сказаться на медицинском прогнозе манипуляции по применению тромбоцитарного сгустка и отрицательно повлиять на весь план лечения стоматологических заболеваний.

Я согласен(а), что манипуляция взятия крови из вены и хирургические манипуляции в полости рта болезненны и могут выполняться в том числе и с применением местной анестезии, я также осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии.

В случае возникновения неотложных ситуаций даю согласие на госпитализацию в специализированное лечебное учреждение.

Я предупрежден(а) о режиме после взятия крови из вены и рекомендациях: не удалять лечебную повязку ранее чем через 20 минут после процедуры, держать руку согнутой в локтевом суставе не менее 10 минут после процедуры, при появлении отека, боли, увеличивающейся гематомы, кровотечения не греть, не смазывать, не заниматься самолечением и незамедлительно обратиться к врачу.

Я уведомлен(а) о возможных последствиях и полной утрате гарантийных обязательств при нарушении режима лечения, предписанного врачом.

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 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).

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, положении о гарантиях и сроках службы на о вещественные результаты оказанных услуг, о правилах использования установленных стоматологических конструкций.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение использовать труд любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в

Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего 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 собственного организма, я понимаю, что ожидаемый мною положительный результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответствующих стандартов и протоколов лечения. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка, удаление или замена стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Я разрешаю сообщать информацию о моем лечении лицам, его оплачивающим, близким родственникам, а также всем лицам, профессионально обязанным сохранять медицинскую тайну.

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

(подпись) (Ф.И.О. пациента)

" _____ " _____ 202_ г.
(дата оформления)