

ГБУЗ Московской области «Домодедовская стоматологическая поликлиника»

Согласие на вскрытие и дренирование гнойного очага

Дата и время _____

Пациент ФИО и дата рождения _____

Законный представитель и основание полномочий при необходимости

Врач и медицинская запись _____

Диагноз или клиническая задача _____

Зуб либо участок и планируемый объём _____

Предоставленная информация

Цель: обеспечение оттока содержимого и уменьшение воспаления в обозначенной области.

Метод и предполагаемый результат: разрез и обработка в согласованном объёме, при показаниях установка дренажа, дальнейшее наблюдение. Устранение причины воспаления и сопутствующее лечение могут потребовать отдельных действий.

Существенные риски: боль, кровотечение, отёк, повреждение соседних структур, распространение или сохранение воспаления, недостаточный отток, необходимость повторного вмешательства, удаления причинного зуба либо госпитализации по показаниям.

Возможные альтернативы: иной допустимый доступ или лечение в профильном стационаре; возможность медикаментозного лечения без операции оценивается врачом по конкретной ситуации.

Последствия отказа или отсрочки: нарастание и распространение инфекции, ухудшение состояния и необходимость более сложной помощи; индивидуальные признаки срочности разъяснены.

Индивидуальные риски и применимые альтернативы _____

План дренирования, контрольного осмотра и устранения причины: _____.

Удаление зуба или иное самостоятельное вмешательство согласуется и фиксируется отдельно.

Я получил(а) понятное объяснение применительно к указанному вмешательству, смог(ла) задать вопросы и получил(а) ответы. Даю добровольное согласие на описанный выше объём. Мне разъяснено право отказаться или потребовать прекращения вмешательства в предусмотренном законом порядке; изменение плана обсуждается и документируется.

Вопросы и пояснения при необходимости _____

Пациент или надлежащий представитель ФИО и подпись _____

Врач ФИО и подпись _____

Заполняется до вмешательства; неприменимые варианты исключаются. Если согласие вправе дать сам несовершеннолетний, подписывает он; полномочия представителя проверяются врачом по применимому закону.