

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ  
СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО (ПЛАСТИКА УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА)**

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (сна) с названными мне условиями его проведения

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)  
" \_\_ " \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по  
адресу: \_\_\_\_\_

<p><i>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан</i></p> <p>Я, _____, паспорт: _____, выдан: _____, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель-нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю: _____ (ФИО ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)</p>
---

соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить врач стоматолог - хирург \_\_\_\_\_ (далее по тексту - врач).

(должность, ФИО)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата производится в день проведения медицинского вмешательства по прейскуранту Клиники.

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1	A16.07.044	Пластика уздечки языка	

Пластика уздечки – хирургическое вмешательство, помогающее справиться с дефектом и предотвращающее неправильное крепление языка у детей и взрослых.

Выделяется 3 степени аномалии уздечки языка: легкая – уздечка чуть меньше нормальных размеров; средняя – крепится к ротовой полости, значительно уменьшая ее размеры; тяжелая – уздечка не дает даже поднять язык, мешает разговору, принимать пищу и пить.

Мне разъяснены симптомы укороченной уздечки языка: уздечка напоминает прозрачную пленку и не имеет сосудистой сетки; язык малоподвижен; невозможно достать кончиком языка до верхнего неба; при движении языком слышны щелчки; затруднен акт глотания, процесс жевания (у малышей нарушена сосательная функция); нарушена дикция; язык загибается вниз при его выдвигении вперед; патология прикуса.

Мне разъяснены показания к проведению манипуляции: восстановление сосательной функции у грудничков; речевые дефекты; задержка в развитии нижней челюсти; не тщательное пережевывание пищи; неправильный прикус; слишком плотное расположение зубов или наличие щелей между ними; затруднения при проведении ортодонтического лечения; подготовка к имплантации.

Мне разъяснены противопоказания к проведению манипуляции: повышенная температура тела; гематологические заболевания; воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта; острые инфекционные заболевания; наличие опухолей и прочих патологий в ротовой полости, относящихся к онкологическим проявлениям; поливалентная аллергия на препараты наркоза; патологии десен – пульпит, стоматит и другие.

Мне разъяснено что существует два метода проведения пластики уздечки языка: традиционный (классический) и лазерный. Метод проведения пластики зависит от того, какая патология уздечки обнаружена. Маленьким детям и новорожденным рекомендуется проводить манипуляцию с использованием лазера. Это уменьшает боль и практически не влечет дискомфорта в период реабилитации.

Мне разъяснено что манипуляция проводится под местной анестезией. В случае проведения манипуляции маленьким детям и новорожденным используется специальный распылитель с обезболивающим средством, который не всасывается в кровь ребенка.

Мне доступно разъяснен период восстановления после манипуляции: в последующие 2-3 часа после операции рекомендуется отказаться от приема пищи и воды; отказаться от употребления твердой и острой пищи на период заживления раны; проводить гигиену ротовой полости тщательно и регулярно; после каждого приема пищи выполнять полоскания антисептическим раствором. В дальнейшем для восстановления подвижности языка назначается специальная физкультура.

Мне разъяснено, что у детей до 9 месяцев подъязычная складка лишена нервных окончаний и кровеносных сосудов, поэтому операция как правило бескровна и безболезненна. Реабилитация в этом возрасте длится очень быстро, поэтому ребенка можно прикладывать к груди практически сразу после завершения операции.

Мне разъяснено, что в процессе манипуляции несовершеннолетнему пациенту, а также пациенту, страдающему расстройством аутистического спектра, возможны: приступы агрессии/паники, громкий крик, пациент может нанести вред себе и окружающим, проявить другие нестандартные поведенческие реакции.

В доступной для меня форме мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*):

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

**Я подтверждаю, что:**

Я уведомена, что после проведения манипуляции возможны следующие осложнения: развитие воспалительного процесса; болезненность; образование грубого рубца; повышение температуры тела; дискомфортные ощущения при наличии швов.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я понимаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и ситуации, которые могут потребовать изменения плана лечения, применения дополнительных методов, чтобы получить по возможности лучший результат, поэтому уполномочиваю врача и выбранных им помощников осуществить это.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня (представляемого) правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей (представляемого) медицинской карты.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_  
(ФИО пациента)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО медицинского работника)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. (дата оформления)