**Памятка после операции**

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона

N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о моем лечении и рекомендации по уходу.

Уважаемый пациент! Вам было проведено хирургическое вмешательство, после которого необходимо соблюдать следующие рекомендации:

Необходимо соблюдать покой, исключить тепловые процедуры, физические нагрузки, наклоны и тяжелую работу, воздержаться от управления автомобилем употребления алкоголя.

В области операции возможен отек (припухлость), который возникает в течение нескольких часов и может нарастать до нескольких дней.

Боль – обычное явление после любого хирургического вмешательства. Применяйте болеутоляющие препараты по назначению врача.

Горячую пищу или напитки разрешается употреблять на следующий день. Жевать на оперированной стороне не рекомендуется. Принимайте пищу не требующую сильного пережевывания.

Соблюдение гигиены ускоряет заживление. При чистке зубов не задевайте десну в области операции, протирайте раневую поверхность тампоном из солевой жидкости. Ротовые ванночки выполнять на следующий день после операции, для этого набрать на больную сторону, подержать и сплюнуть после каждого приема пищи.

На рану после удаления зуба нельзя накладывать какие-либо лекарственные препараты.

Если Ваше состояние вызывает у вас беспокойство, пожалуйста, обратитесь к вашему врачу или к администратору клиники.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о рекомендациях по уходу за зубами и получены исчерпывающие разъяснения. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я обязуюсь соблюдать все вышеуказанные рекомендации, а в случае их нарушений, единолично нести риск возникновения осложнений.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (подпись врача) (Фамилия ИО врача)

Дата «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.