

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОВ, ПРОВЕДЕНИЕ И
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

« _____ » _____ 20__ г. Я, (ФИО), _____,

Заполняется законным представителем несовершеннолетнего/недееспособного пациента:

Я, мать/отец/опекун/доверенное лицо _____,
(нужное подчеркнуть) (ФИО законного представителя несовершеннолетнего/недееспособного пациента полностью)

_____ (паспортные данные, номер документа об опекунстве)

являясь законным представителем _____
(ФИО несовершеннолетнего/недееспособного пациента)

ознакомлен(а) и согласен(на) с Правилами внутреннего распорядка для пациентов и посетителей на территории ГАУЗ МО «Балашихинская стоматологическая поликлиника №1».

Также я информирован(а) о способах, целях, характере предлагаемого медицинского (стоматологического) вмешательства, об его основных преимуществах и недостатках и существовании альтернативных методов лечения.

Я понимаю, что при лечении зубов иногда очень сложно поставить точный диагноз и спланировать соответствующее лечение заранее, не прибегая к вмешательству (без проведения препарирования, удаления инфицированных тканей и др.), что может привести к дополнительным процедурам, определяющим длительность и стоимость лечения, а также к изменению ранее намеченного плана лечения.

Мне понятна необходимость применение местного обезболивания в виде одной или нескольких инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Мне разъяснено, что проведение обезболивания связано с травмой мягких тканей челюстно-лицевой области инъекционной иглой, и возможно возникновение связанных с этих осложнений. Я осведомлен(а) о том, что длительность обезболивания варьируется от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости. Я понимаю, что обезболивающий эффект уменьшается при выраженном стрессе, сильном воспалении в зоне обезболивания, после употребления алкогольных и наркотических средств, что ведет к необходимости неоднократного применения обезболивающих препаратов во время медицинского вмешательства. Я предупрежден(а) о том, что проведение анестезии может вызвать аллергические реакции организма на применение медикаментозных препаратов, шок, повреждение нервных окончаний и другим осложнениям.

Я понимаю необходимость рентгенологического обследования до, во время и после предложенного лечения, понимаю, что КЛКТ-исследование является самым информативным видом диагностики, информирован(а) о том, что отказ от рентгенологического обследования влечет за собой невозможность качественного проведения планируемого лечения. Мне ясен порядок проведения рентгенологического обследования, предоставлены средства радиационной защиты, разъяснены противопоказания и возможные осложнения рентгенологического обследования.

Я информирован(а) о принципах лечения зубов, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: устранение факторов, обуславливающих процесс разрушения тканей зуба; предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса; сохранение и восстановление анатомической формы и функции зуба; предупреждение развития патологических процессов и осложнений. Высокий процент успешности проведения терапевтического лечения не исключает определенный процент неудач, что может потребовать: повторной установки пломбы, эндодонтического лечения корневых каналов в будущем. Я информирован(а), что для терапевтического лечения проводится процедура сошлифовывания слоя твердых тканей зуба, которая является необратимой. Я информирован(а), что истинный размер кариозной полости определяется разрушением дентина и всегда превышает видимый глазом размер кариозной полости в области эмали, вследствие различной твердости тканей зуба. Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания и понимаю, что в процессе препарирования зуба (удаления пораженных тканей с помощью бора), может измениться диагноз и тактика лечения, может потребоваться эндодонтическое лечение каналов зуба. Я осведомлен(а) о том, что целью ревизии плотности obturации канала

является инструментальная проверка, насколько хорошо канал был запломбирован ранее, в результате которой возможно выявление необходимости его перелечивания, т.е. повторной обработки.

Я понимаю, что эндодонтическое лечение без применения оптического увеличения не гарантирует полноценной обработки и obturации корневых каналов в связи со сложным индивидуальным строением корневой системы. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях/последствиях (по независящим от исполнителя причинам), которые могут произойти во время, в ранние и/или более поздние сроки после эндодонтического лечения, в связи с индивидуальными особенностями каждого клинического случая, и потребовать дополнительных диагностических и/или лечебных процедур, в том числе удаление зубов:

- невозможность удаления старой корневой пломбы при повторном эндодонтическом лечении (перелечивании) корневого канала;
- поломка инструмента, перфорация и/или перелом корня, возникающие во время/после эндодонтического лечения искривленных, кальцифицированных (облитерированных), запломбированных ранее корневых каналов и др.;
- обострение/прогрессирование хронического воспалительного процесса и/или появление/нарастание болевых ощущений, отека десны и мягких тканей челюстно-лицевой области и др.;
- сохранение симптомов заболевания (отсутствие признаков успешного эндодонтического лечения) при рентгенологическом подтверждении адекватно проведенного лечения в силу индивидуальных особенностей строения зубочелюстной системы и организма в целом.

Я понимаю и согласен(на) с необходимостью предварительного снятия ортопедических конструкций с зубов, нуждающихся в эндодонтическом лечении, и обязательного восстановления их (искусственной вкладкой, коронкой и др.) в срок не позднее 60 дней после лечения каналов. Я понимаю необходимость восстановления утраченных(отсутствующих) зубов в связи с перегрузкой имеющихся зубов и зубов, подвергнувшихся лечению, в результате которой невозможно гарантировать сохранность проведенного лечения.

Я информирован(а) о необходимости соблюдения индивидуальной гигиены полости рта, регулярного проведения профессиональной гигиены. Я понимаю, что проведение профессиональной гигиены полости рта является неотъемлемой частью курса лечения и профилактической процедурой предотвращающей развитие кариеса и его осложнений. Я осведомлен(а), что после удаления зубных отложений возможно временное появление чувствительности зубов, дискомфорта при приеме пищи. Я ознакомлен(а) врачом с рекомендациями по уходу полости рта.

Также я информирован(а) о возможных осложнениях/последствиях, связанных с хирургическим вмешательством (повышение температуры тела и появление симптомов общей интоксикации организма, увеличение лимфатических узлов, боль, послеоперационный отек, гематома, вторичное кровотечение, перфорация дна гайморовой пазухи, переломы корней зубов, переломы костей верхней и нижней челюсти, онемение щек, губ, подбородка, ограничение открывания рта, повреждение зубов, пломб, искусственных коронок зубов, находящихся в непосредственной близости от операционного поля, отлом экстирпационного инструмента в зоне хирургического вмешательства и др.), которые могут произойти во время, в ранние и/или более поздние сроки после лечения и потребовать дополнительных диагностических и/или лечебных процедур, а также об его основных преимуществах и недостатках, последствиях отказа от предлагаемого вмешательства и существовании альтернативных методов лечения, их преимуществах и недостатках.

Я понимаю, что во время оперативного вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, влекущие за собой необходимость в расширении объема, изменении ранее составленного плана лечения или отказе от запланированного лечебного мероприятия.

Мне понятно, что послеоперационный восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру течения, и дискомфорт послеоперационного состояния может длиться до нескольких дней. Я осведомлен(а), что при проведении хирургических операций заживление послеоперационного дефекта не прогнозируемо, т.е. возможно отсутствие регенерации, что может привести к необходимости дополнительного этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного и/или мягкотканного дефекта.

Я ознакомлен(а) с возможными последствиями отказа от предложенного лечения (прогрессирование заболевания и развитие инфекционных осложнений; появление и/или нарастание болевых ощущений; подвижность, разрушение и утрата зуба/зубов; связанные с этим нарушения зубочелюстной системы пр.). Мне была предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу предстоящего вмешательства и получить исчерпывающие ответы на них. Я ознакомлен(а) с технологиями, методами, средствами и материалами, которые будут использованы в процессе лечения, согласен(а) с предложенным планом, последовательностью, сроками и стоимостью лечения, понимаю необходимость рентгенологического обследования до, во время и после предложенного лечения.

Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны нештатные ситуации разного рода, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций, но своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом /моему/ здоровью.

Я обязуюсь выполнять все рекомендации врача до и после вмешательства (обеспечить их выполнение лицом, законным представителем которого я являюсь), в том числе:

- принимать назначенные лекарства; придерживаться щадящей диеты;
- вести здоровый образ жизни (не злоупотреблять алкоголем и не принимать наркотических средств, отказаться от курения и пр.) - выполнять все назначения и рекомендации лечащего врача;
- избегать физических нагрузок в течение срока, определенного врачом;
- соблюдать индивидуальную гигиену полости рта;
- являться на профилактические осмотры и профессиональную гигиену в сроки, установленные врачом.

Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего (лица, официальным представителем которого я являюсь) здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого клиника не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу и клинике.

Я подтверждаю, что предоставил(а) полную информацию о состоянии моего здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь), сопутствующих и перенесенных заболеваниях, принимаемых в настоящее время лекарственных препаратах.

В соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», я до заключения договора на оказание платных медицинских услуг был(а) уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги) в том числе, назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок и/или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь, освобождая при этом врача (организацию) от исполнения гарантийных обязательств.

Я осведомлен(а), о том, что:

- при лечении в рамках программы ОМС применяются материалы и медикаменты (в т.ч. обезболивающие средства) отечественного производства. Врач имеет право рекомендовать мне те методики лечения, которые он считает наиболее целесообразными в моем клиническом случае, в т.ч. за счет моих собственных средств;
- платные медицинские услуги оказываются в соответствии с Положением «О порядке организации и оказания платных медицинских услуг в ГАУЗ МО «Балашихинская стоматологическая поликлиника №1» и Антикоррупционной политикой ГАУЗ МО «Балашихинская стоматологическая поликлиника №1»;
- расчет за платные медицинские услуги осуществляется в кассе учреждения;
- учреждение предоставляет необходимые документы для получения налогового вычета за лечение на платной основе.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г №152-ФЗ «О персональных данных» даю добровольное информированное согласие на сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, предоставление, уничтожение моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, передачу их третьим лицам в установленном действующим законодательством РФ порядке.

В соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю **добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство** (в том числе на определение гигиенических и пародонтальных индексов с помощью окрашивающих индикаторных средств, проведение профессиональной гигиены полости рта и лечение всех зубов, выявленных в текущем году) и/или диагностические (в т.ч. рентгенологические методы) обследования и введение лекарственных препаратов, фотофиксацию результатов диагностики и лечения и/или проведения хирургической/их операции/ий и/или удаление зуба(зубов), показания к удалению которых выявлены.

Также даю согласие, в случае наступления непредвиденных обстоятельств, на принятие врачом самостоятельного решения по изменению объема и характера медицинского вмешательства в интересах моего здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь) без предварительного согласования со мной (лицом, законным представителем которого я являюсь). Один экземпляр добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство выдан на руки.

Дата	Диагноз (полностью)	Номер зуба	ФИО, подпись врача

ФИО, подпись пациента /законного представителя (нужное подчеркнуть)

ФИО медицинского работника, подпись