Разработан в соответствии со статьёй 20 ФЗ № 323

« Об охране здоровья граждан» от 21.11.2011

ООО « Дент-ас»

Приложение к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие на:**

1. **Лечение кариеса и некариозных поражений**
2. **Местная анестезия**
3. **Рентгенологическое обследование**

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. 20 ФЗ « Об охране здоровья граждан» сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен(согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Подписание данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) медицинского вмешательства.

Я (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Обращаюсь в ООО «Дент-ас» для лечения заболевания, указанного в моей медицинской карте и информирован(а) о необходимости лечения кариеса, некариозных поражений и (или) рентгенологического обследования**

Я получил (а) подробные объяснения по поводу заболевания

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать номера зубов и диагнозы)

**Кариес** - это сложный, медленно текущий патологический процесс, протекающий в твёрдых тканях зуба и развивающийся в результате комплексного воздействия неблагоприятных внешних и внутренних факторов В начальной стадии развития кариес характеризуется деминерализацией неорганический части эмали и разрушением ее органического матрикса. В конечном итоге это приводит к деструкции твердых тканей зуба с образованием полости в дентине. Без своевременного и надлежащего лечения кариес может перейти в осложненные формы заболевания зуба (пульпит, периодонтит), привести к его потере и развитию более тяжелых заболеваний , несущих угрозу всему организму.

**Некариозными поражениями** называют дефекты твердых тканей зуба без участия инфекционного агента , включая все повреждения эмали зуба и зубной ткани.

Врач в понятной и доступной для меня форме сообщил мне о целях и методах лечения кариеса и некариозных заболеваний твердых тканей зуба; об основных этапах (стадиях) , принципах и технологиях лечения; возможных вариантах проведения лечения; о применяемых при лечении лекарственных средствах и материалах, медицинской техники и изделиях медицинского назначения; о рисках лечения, последствиях и возможных осложнениях лечения; о предполагаемом результате лечения: восстановление анатомической формы зуба, внешнего вида и функции зуба (зубов), а также предупреждение дальнейшего развития (рецидива) кариеса и некариозных заболеваний твердых тканей зуба.

Я согласен (сна) с названными мне условиями лечения, осведомлен (на) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и о всех возможных осложнениях ,которые могут произойти во время лечения и после него, в том числе:

1. Возможные осложнения под влиянием анестезии , а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции. Поскольку после анестезии чувствительность в полости рта значительно снижена, Пациент может надкусить щеки, губы, язык.

2. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного состава, иммунобиологического баланса, нарушение состава кишечной микрофлоры.

3. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование воспалительного процесса; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; некоторые нарушения общего состояния организма; развитие осложнений .

4. В процессе проведения лечения кариеса могут возникнуть: - кариозное поражение, которое кажется «небольшой дырочкой», может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а следовательно, увеличиться площадь обработки зуба (снятие пораженных твердых тканей зуба) и потребуется реставрация значительной части зуба или постановка коронки (по ситуации).

- необходимость наложения лечебной подкладки с последующим восстановлением зуба;

- необходимость наложения лечебных подкладок в 2 этапа с временным пломбированием зуба и наблюдением за течение заболевания в течение нескольких месяцев (от 3 до 12) под рентгенологическим контролем (через 3-6-12 месяцев) ;

- необходимость проведения эндодонтического лечения корневых каналов зуба (зубов) с последующим пломбированием и восстановлением зуба в 2-4 посещения и более;

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возможные осложнения после постановки пломбы (спустя неделю и более) , а именно (нужное добавить)

- воспаление пульпы вследствие проникновения в нее бактерий кариозного поражения, если слой дентина тонкий или повреждается в процессе обработки зуба ( в этом случае потребуется либо снять поставленную пломбу, либо пролечить корневые каналы,

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач-стоматолог в понятной мне форме объяснил , что возможными негативными последствиями вышеуказанных медицинских вмешательств являются постпломбировочные боли в срок до двух недель после лечения.

Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения кариеса ( нужное добавить) : прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); нарушение общего состояния организма

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Я информирован (на) о том, что при лечении глубоких форм кариеса в области передней группы зубов с использованием материалов группы МТА возможно в подавляющем большинстве случаев появление пигментированного пятна на вестибулярной поверхности в проекции наложения пломбы . Данный исход обусловлен характеристиками пломбировочного материала и не является дефектом лечения.

6. **Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Я понимаю тот факт, что гарантийный срок и срок службы пломбы может быть снижен при нарушении рекомендаций и назначенного врачом режима осмотров и проведения комплексов профессиональной гигиены полости рта. Я подтверждаю тот факт, что ознакомился с действующим Положением о гарантиях.**

7. Мне сообщены, разъяснены и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, котороые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует ее.

8. **Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом**.

9. **Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания.** Местная анестезия - это временная потеря болевой чувствительности тканей в месте её проведения вследствие блокады болевых рецепторов и проведения импульсов по чувствительным волокнам. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игр и карпул. Длительность эффекта может варьироваться 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 предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение данного анестезиологического медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно - сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и рисках инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений: аллергические реакции организма на

медикаментозные препараты; обморок, коллапс, шок; травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами; невралгиями и

постинъекционными гематомами. Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакции моего организма на него. Введение раствора проводится при помощи иглы, что может сопровождаться травмой мягких тканей и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограниченное открывание рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание может быть затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Я информирован(а), что в этих случаях, при моём правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Так как в этом случае он не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги (ФЗ «О защите прав потребителей») и нарушает право пациента на гуманное отношение при оказании медицинской помощи (ч.5 ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время. Я информирован(а) о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности. Я информирован(а), что клиника оснащена всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи.

10**. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:**

**10.1. Получение прицельного компьютерного снимка:**

- обязательное выполнение прицельного рентгеновского снимка до проведения стоматологического лечения.

- по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения дополнительно по необходимости (по назначению стоматолога) выполняются прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей. (цифровая рентгенография зубов на радиовизиографе выполняется в стоматологической клинике) и компьютерная томография (метод рентгенологического исследования, заключающийся в неразрушающем послойном исследовании внутреннего строения исследуемого объекта) - выполняется в сторонней медицинской организации.

Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент и его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.

При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований (особенно, ортопантомограммы), врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

При получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.)

Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются: беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям); отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний менее, чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений);

Назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

Я обязуюсь известить лечащего врача, а также рентгенлаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний до проведения рентгенологического обследования.

**Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования:**

- Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, лицензированной аппаратуры ( дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф), которая дает минимальную дозу (практически безопасную) облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.

- Будут получены качественные рентгеновские снимки.

- Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологических обследований (лист вклеивается в медицинскую карту).

- В обязательном порядке мне будет сообщена информация о полученной дозе облучения в мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического обследования.

Мне также разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных законом (при угрозе жизни).

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения моего ребенка и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

В процессе лечения могут понадобиться фотографии, которые будут использованы только в научных целях и как отражение результата работы врача и клиники.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью договора.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Лист Настоящего добровольного информированного согласия составлен на 2(двух) страницах.

После обследования, беседы с врачом мне понятен план, объем лечения, возможные осложнения на этапах лечения и с их учетом изменения плана лечения, этапов лечения, необходимость возможного дополнительного обследования, изменения сроков лечения, дополнительной оплаты.

План лечения:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Номер зуба | Наименование манипуляции | Подпись пациента | Подпись врача |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Я получил(а) ответы на все мои вопросы и доверяю квалификации врача**.

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_