

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
(лечение кариеса и некариозных поражений)**

Я, {ФамилияИмяОтчество}

(Ф.И.О. пациента или его законного представителя полностью)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (комплекс медицинских вмешательств), которое будет проводить:

Врач: {ФамилияИмяОтчествоВрача}

(Ф.И.О. врача)

а также другие врачи Общества с ограниченной ответственностью «Дентал Групп» (далее - Клиники).

Мне в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. Наличие указанных в настоящем документе осложнений не является дефектом лечения. Подписывая настоящий документ, я принимаю нижеперечисленные риски.

В частности мне объяснено, что лечение кариеса и некариозных поражений имеет целью 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.

Лечение кариеса и некариозных поражений включает в себя следующие основные этапы: препарирование кариозной полости (или устранение иного патологического очага) и наложение пломбы.

На этапе препарирования кариозной полости (или устранения иного патологического очага) может проводиться частично обработка кариозных полостей. Удаление зубных отложений в области больного зуба и устранение инфекции осуществляется посредством механической обработки кариозной полости и удаления из пораженного зуба деминерализованных и размягченных тканей, проведением манипуляций, направленных на придание кариозной полости необходимой формы для подготовки к пломбированию.

На этапе препарирования кариозной полости (или устранения иного патологического очага) при выявлении соответствующих медицинских показаний, полость может быть пломбирована пломбирочным материалом (установлена временная пломба), обладающим профилактическим действием. По истечению определенного периода временные пломбы заменяются на постоянные.

На этапе наложения пломбы (постоянной пломбы) осуществляется пломбировка полости пломбирочными материалами. Перед наложением пломбы осуществляется антимикробная и противокариозная обработка внутренних структур зуба с последующим нанесением пломбирочных материалов различного назначения (адгезивного, (склеивающего), амортизирующего и восстанавливающего слоев).

Мне разъяснено о том, что выбор пломбирочного материала и лекарственных средств зависит от степени поражения зуба, особенностей строения зубной эмали, индивидуальных особенностей пациента, в том числе от наличия аллергических реакций на компоненты пломбирочного материала. Со мной согласован вид пломбирочного материала и лекарственных средств.

Мне сообщены и понятны альтернативные (возможные) методы медицинского вмешательства. В частности, мне разъяснено что альтернативным методом механической обработки кариозной полости зуба, является применение химических препаратов размягчающих пораженный кариесом дентин, с последующим выскабливанием размягченных пораженных тканей зуба, формированием и пломбировкой полости. При этом здоровая ткань зуба не повреждается снижается необходимость применения анестезиологического пособия, что обуславливает большую безопасность лечения. Кроме того, стоматологическое терапевтическое лечение острого кариеса возможно посредством применения воздушно-кинетического метода, а также использования при лечении кариеса лазерных технологий, озона.

Мне разъяснено, что альтернативным методом медицинского вмешательства является также удаление пораженного зуба.

Я в доступной форме проинформирован(а) лечащим врачом о возможных осложнениях, которые не являются следствием дефектов оказания медицинской помощи, к которым относятся, в частности: потеря пломб и ортопедических конструкции установленных в других медицинских учреждениях без соблюдения общепринятых стандартов или срок службы которых истек, во время и после обезболивания (анестезии): отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола иглы, аллергические реакции, анафилактический шок, гипертонический криз, коллапс, обморок, прикусывание щеки, губы в связи со снижением чувствительности после анестезии в течение нескольких часов после лечения; после постановки пломб: постпломбирочные боли при надкусывании, повышенная реакция на холодное и горячее, болезненные ощущения в десне при постановке придесневой пломбы: появление рецессии десны, оголение корней зубов, связанное с уменьшением отека десны; воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, при нарастании воспаления необходимость удалить зуб; появление повышенной чувствительности зубов; изменение цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества: при наличии желудочно-кишечных заболеваний возможно появление темной полосы между пломбой и тканями зуба.

Я понимаю необходимость тщательной гигиены полости рта, особенно при постановке пломб световой полимеризации.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу. С информацией о препаратах ознакомлен. Также даю согласие на проведение рентгенологических исследований.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность любого человеческого организма, я согласен(а) с тем, что успех лечения в значительной степени зависит от индивидуальных особенностей организма и образа жизни и никто не может предсказать точный результат лечения. Я понимаю, что, несмотря на качественно проводимое лечение, соответствующее современным знаниям стоматологической науки, нельзя исключать побочные явления и осложнения.

Мне сообщена вся интересующая меня информация и со мной согласованы: методы и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки и стоимость проведения лечения.

Я проинформировал(а) медицинского работника обо всех случаях аллергических реакций, предоставил (а) сведения о состоянии

здоровья на момент подписания настоящего согласия, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах, употреблении алкоголя, наркотических и иных токсических средств. Мне известно, что непредоставление информации о состоянии здоровья может повлиять на эффективность и результаты медицинского вмешательства. Меня ознакомили с информацией в инструкциях-вкладышах к применяемым врачом препаратам.

Я доверяю врачу изменить объем лечения либо полностью его прекратить, если согласованные ранее действия будут невозможно выполнить, или их выполнение сопряжено с неоправданным риском. Врач также вправе прекратить вмешательство, если будут установлены факты сокрытия со стороны пациента обстоятельств, имеющих существенное значение.

Я предупрежден(а) лечащим врачом, что в процессе диагностики и лечения могут потребоваться дополнительные виды медицинских обследований и медицинских манипуляций, необходимые для контроля за осуществлением обследования и(или) выявления сопутствующей патологии и(или) обусловленные индивидуальными особенностями моего организма.

Я понимаю, что в ходе лечения могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный план действий. Я доверяю врачу и его ассистентам принимать соответствующие решения на основании их профессионального суждения и выполнить любые медицинские действия, которые врач сочтёт необходимыми в данной ситуации.

Я уведомлен(а), что в процессе лечения необходимо регулярно и в соответствии с установленным лечащим врачом графиком являться на прием к лечащему врачу для динамического наблюдения и контроля за процессом лечения. Понимаю, что неявка на контрольный осмотр к лечащему врачу может привести к нежелательным или неблагоприятным последствиям для здоровья.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проводимого медицинского вмешательства на любой его стадии. Мне разъяснены последствия такого отказа, в том числе я проинформирован(а), что последствиями отказа могут быть: прогрессирование заболевания, развитие осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов). При этом Клиника не несет ответственности за последствия моего отказа от оказания медицинской помощи.

Я извещен(а), что несообщение вовремя врачу о любом ухудшении самочувствия, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья и лечении.

Я полностью понимаю суть изложенного, получил(а) подробные ответы на все заданные мною вопросы, не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и Объема предоставленной мне информации. Получив полную информацию о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом лечения, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении медицинского вмешательства на предложенных условиях. Экземпляр договора мною получен.

_____ (подпись пациента)

_____ (ФИО пациента)

{ТекущаяДатаПолная} г

Врач _____ ({ФамилияИмяОтчествоВрача})

{ТекущаяДатаПолная} г

Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

_____ (подпись пациента)

_____ (ФИО пациента)

{ТекущаяДатаПолная} г

Врач _____ ({ФамилияИмяОтчествоВрача})

{ТекущаяДатаПолная} г