

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (лечение кариеса).

Основание – Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым мне вариантом медицинского вмешательства и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Я, _____ (Ф.И.О. полностью) информирован(а) лечащим врачом-стоматологом о состоянии зубов и других органов челюстно-лицевой области. На момент моего обращения за медицинской помощью к врачу-стоматологу я получил разъяснения по поводу поставленного диагноза. Мне даны полные разъяснения о характере заболевания, возможных неблагоприятных эффектах и осложнениях при отсутствии своевременного лечения. Мне предложен рекомендованный стоматологом план лечения.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и предварительного плана лечения и понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз о степени кариозного поражения зуба(ов) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству.

Я предупрежден(а), что поражение зуба, которое кажется небольшим на поверхности эмали зуба, может оказаться значительным внутри. Это повлечет за собой большую площадь обработки зуба и, возможно, ненамеренное вскрытие полости зуба. В этом случае необходимо будет провести эндодонтическое лечение зуба (депульпирование), что приведет к увеличению стоимости лечения.

Я информирован(а), что выбор метода восстановления зуба зависит от степени кариозного поражения зуба(ов), которая определяется после препарирования кариозной полости зуба: постановка пломбы, установка анкерного или стекловолоконного штифта, ортопедическое лечение (изготовление искусственных коронок или других ортопедических конструкций).

Окончательное решение по плану лечения и его стоимости врач может принять только после того, как проведёт препарирование и удалит все пораженные кариесом ткани зуба.

Я предупрежден(а) о следующих **возможных последствиях и осложнениях** проведенного медицинского вмешательства: постпломбировочные боли, рецидивирующий или вторичный кариес (формирование кариозной полости рядом с пломбой), воспаление пульпы, выпадение пломбы, несоответствие пломбы цвету эмали.

Я предупрежден(а) о невозможности предоставления гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении лечения.

Я информирована об альтернативных методах лечения, в том числе об удалении зуба.

Мне разъяснена **необходимость применения местной инъекционной анестезии** с целью обезболивания медицинских манипуляций. Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, который проинформировал меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Врач-стоматолог в понятной мне форме разъяснил, что применение местной анестезии в некоторых случаях может привести к аллергическим реакциям (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок и др.), к обмороку, коллапсу, травматизации сосудов и нервных окончаний, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами, и др.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(на) на их проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение.

Я предупрежден(а) о том, что **в случае отказа от адекватного лечения** возможно прогрессирование кариеса, развитие пульпита и периодонтита, потеря зуба(ов).

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что **никто не может предсказать точный результат планируемого лечения и вероятность возникновения нежелательных явлений и осложнений**. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантированно проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантийных обязательствах, об условиях предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь прав на гарантию («Положение о гарантиях при оказании стоматологических услуг в ООО «Птичка Тари»).

Я имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно состояния своего здоровья, заболевания и лечения и получил на них исчерпывающие и понятные для себя ответы. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю проведение фото и видеосъёмки при необходимости для правильной постановки диагноза, составления рекомендованного плана лечения, а также для оценки результатов лечения по его окончании.

Я разрешаю использовать информацию о своем заболевании фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе.

Дата	Номер зуба	Диагноз	Ф.И.О. и подпись врача	Подпись пациента