

ГБУЗ ПК «Краевая клиническая стоматологическая поликлиника»

## **ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

**по терапевтической/детской стоматологии**

Я \_\_\_\_\_

(ФИО)

В соответствии с требованиями статьи №20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, включающее лечение зубов оперативно-восстановительным методом по поводу кариеса, некариозных поражений твердых тканей; эндодонтическое лечение зубов по поводу пульпита, периодонтита; лечение заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства. Я получил (а) подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и понимаю, что при проведении лечебных манипуляций существует определенная степень риска. Я получил (а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время лечения, включая анестезию и прием лекарственных средств, в т.ч.:

- возможность развития аллергической реакции на пломбировочные материалы; лекарственные препараты, включая анестетики
- возможность появления повышенной чувствительности зубов на температурные раздражители и при жевании твердой пищи в течение 1 месяца после лечения
- возможность развития острого воспаления пульпы после лечения кариеса дентина, некариозных поражений твердых тканей зуба
- невозможность прохождения корневых каналов на всю длину в силу анатомических особенностей строения, облитерации просвета корневых каналов, затрудненного мануального доступа, невозможность удаления пломбировочного материала из корневого канала
- вероятность перфорации корня, отлома (сепарации) инструмента, токсического действия антисептиков при хирургической обработке корневых каналов
- возможность развития подкожной эмфиземы при положении верхушки корня под надкостницей или под слизистой оболочкой альвеолярного отростка
- возможность обострения хронического заболевания с развитием болевого синдрома, воспаления (отека) мягких тканей в области причинного зуба и/или окружающих тканей
- возможность перелома корня зуба в процессе функционирования зуба, восстановленного с применением опорного штифта
- повышение температуры тела, увеличение подвижности зубов после снятия зубных отложений, вмешательств на пародонте

Вышеуказанные осложнения могут стать причиной неудачи консервативного лечения и необходимости применения физиотерапевтического, хирургического лечения, вплоть до удаления зуба. Даже при успешном завершении лечения нельзя дать гарантии, что зуб, в отношении которого проводилось лечение, в дальнейшем не подвергнется кариесу и/или перелому в будущем. На сроки функционирования пломб могут влиять: прикус, ранее проведенное ортодонтическое лечение, бруксизм, уровень гигиены полости рта, вредные привычки, состояние органов и систем организма. Эффективность эндодонтического лечения зуба оценивается через 2 года рентгенологическим методом. Хронические заболевания тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта не излечимы, целью проводимого лечения считается стабилизация воспалительного процесса (ремиссия).

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств. Я понимаю необходимость лечения заболевания. Я согласен (а), что невозможно предсказать точный результат планируемого лечения и понимаю, что возникновение перечисленных осложнений не является следствием некачественно оказанной услуги.

Я получил (а) полную информацию о гарантийных сроках и ознакомлен (а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача прекращает гарантийные обязательства медицинской организации перед Заказчиком (пациентом), а также может повлечь за собой недостижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Я обязуюсь следить за гигиеной полости рта, не злоупотреблять углеводами, являться на осмотр 1 раз в 6 месяцев.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Запрета либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:

\_\_\_\_\_ (указать какие, если имеются исключения)

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен(а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением:

\_\_\_\_\_ (указать какие, если имеются исключения).

Я имел (а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния своего здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы. Я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (включая рентгенологическое исследование), которые они сочтут необходимыми.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добровольного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных в объёме и способами, указанными в пп. 1,3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка (если медицинское вмешательство будет осуществлено в отношении пациента, не достигшего возраст 15 лет) \_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы и подпись пациента: \_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы и подпись врача \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Примечание. В соответствии со ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста, а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

Дата оказания услуги	Диагноз (КодМКБ-10)	Подпись врача	Подпись пациента

ГБУЗ ПК «Краевая клиническая стоматологическая поликлиника»

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО  
по хирургической стоматологии**

Пациент \_\_\_\_\_ (ФИО)

получил разъяснения по поводу поставленного мне диагноза, особенностях течения заболевания, вероятной длительности лечения, о вероятном прогнозе. Мне предложен план обследования и лечения, я получил разъяснения о цели лечения и информацию о планируемых методах диагностики и лечения. Я получил информацию о типичных осложнениях, связанных с данным заболеванием с необходимыми диагностическими процедурами и с лечением. Я, в соответствии с требованиями статьи №20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне/моему ребенку (нужное подчеркнуть) следующих **медицинских услуг**: на проведение местного обезболивания, удаления зуба, удаление доброкачественных опухолей и опухолеподобных новообразований на лице и в полости рта, биопсии, первичной хирургической обработке ран, наложения вторичных швов, вскрытие абсцессов и фурункулов, шинирования и др. \_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть, указать).

Я в полной мере проинформирован(а) о цепях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Я ознакомлен(а) с техническими особенностями процедуры и даю свое согласие на ее проведение.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и понимаю, что при проведении лечебных манипуляций существует определенная степень риска.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен(а) о последствиях отказа отданного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех **возможных осложнениях**, которые могут возникнуть во время оперативного вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств, в т.ч. (нужное подчеркнуть и указать):

-перелом удаляемого зуба; перелом или вывих соседних зубов; проталкивание зуба в мягкие ткани; повреждение окружающих тканей; отлом участка альвеолярного отростка или перелом нижней челюсти; перфорация дна верхнечелюстной пазухи с проталкиванием зуба; нарушение проводимости нервных стволов, кровотечение, воспаление лунки, луночковая боль, деформация альвеолярного отростка, появление припухлости мягких тканей, повышение температуры, ограничение открывания рта, воспаление мягких и костных тканей, расхождение швов, формирование грубого рубца, отторжение имплантата и др. \_\_\_\_\_

Понимая сложность предстоящего лечения, я обязуюсь приходить на контрольные осмотры и следить за гигиеной полости рта.

Я согласен(а), что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я получил(а) полную информацию и ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден(а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача прекращает гарантийные обязательства медицинской организации перед Заказчиком (пациентом), а также может повлечь за собой недостижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: \_\_\_\_\_

(указать какие, если имеются исключения)

