

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
составлено в соответствии с ФЗ №323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказа Минздрава России от 20.12.2012 г. №1177н.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, год рождения гражданина, либо законного представителя)
действую в интересах несовершеннолетнего ребенка (подопечного) законным представителем которого я являюсь,
_____ (Ф.И.О., гражданина до 15 лет – полностью, г/р)

до проведения стоматологического лечения в АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника», получил(а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящем лечении _____ и даю добровольное согласие на ее проведение. Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)
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. Обязуюсь сообщить врачу обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и в настоящее время. Я поставил(а) в известность лечащего врача обо всех проблемах моего здоровья (моего ребенка), индивидуальной непереносимости лекарственных средств* _____ о перенесенных травмах, операциях _____. Мне известно, что только во время стоматологического вмешательства может быть окончательно определен объем лечения. Мне понятен метод лечения, я согласен(на) с возможным расширением его объема и изменениями в процессе вмешательства. Этот документ содержит информацию о возможных осложнениях, связанных с отказом от лечения. Эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь 100% гарантии на успех. Врач, после диагностического обследования, обосновал необходимость проведения терапевтического лечения зубов и последствия отказа. Последствиями отказа от терапевтического лечения зубов могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений (как местных, так и общих), появление или нарастание болевых ощущений, потеря зубов, нарушение функции жевания и речеобразования, косметические дефекты. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае, будут иметь меньший клинический успех. Основными альтернативными методами являются: удаление пораженного зуба(ов) или отсутствие лечения, как такового. Врач объяснил, что для диагностики и последующего лечения кариеса зубов и его осложнений (воспаление и гибель сосудисто-нервного пучка в каналах зубов), может потребоваться проведение дополнительных диагностических мероприятий, а также рентгенологическое исследование. В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии. Кроме того, врач разъяснил необходимость проведения рентгенологического исследования (в т.ч. для диагностики и контроля качества лечения), объяснил цель и суть данной методики, а так же получил мое согласие на его проведение.

**Указать лекарственные препараты, на которые может быть аллергическая реакция, и проявления аллергических реакций (обморок, отек, сыпь и т.д.)*

Мне объяснены принципы 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; Мне разъяснено, что в процессе препарирования зуба (удаления пораженных тканей с помощью бора), может измениться диагноз и тактика лечения. Я поставлена в известность, что эндодонтическая терапия (лечение каналов зубов) имеет высокий процент клинического успеха, однако, как любая медицинская манипуляция, является вмешательством в биологический организм и существуют обстоятельства, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, возможных осложнениях во время и после лечения, в том числе: имеется определенный процент (5-10 %) неудач эндодонтического лечения, и в дальнейшем может потребоваться: повторное лечение корневых каналов, проведение хирургических операций в области корней зубов (для устранения воспалительного процесса), удаление зуба; во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может разрушить (перфорировать) стенку корня зуба. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба в перспективе; при перелечивании (ранее леченных) корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения снижается, и зависит от возможности прохождения каналов на всю длину и воздействия на микроорганизмы внутри канала, в т.ч. безопасного и полного удаления старой корневой пломбы, штифта, вкладки; при лечении искривленных корневых каналов и каналов, имеющих анатомические особенности строения, процент поломки инструментов, перфораций и иных осложнений увеличивается; другие осложнения, требующие применения специального оборудования и методов лечения. Альтернативным методом лечения является удаление пораженного зуба(ов) или отсутствие лечения как такового. Мне доступно разъяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенного лечения. Я понял(а) риски и возможные осложнения при всех стоматологических вмешательствах. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов, я (мой несовершеннолетний ребенок) должен исполнять все назначения, рекомендации и советы лечащего врача. Я проинформирован(а) о возможности получения справки о стоимости лечения по ОМС – в настоящее время в получении данной справки не нуждаюсь. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также информирован(а) о последствиях несвоевременного лечения. Я имел возможность задать врачу все интересующие вопросы о сути и условиях лечения и получил на них исчерпывающие и полные ответы, разъяснения. Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента и принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях. Содержание настоящего документа мною прочитано, оно полностью мне понятно, о чем я удостоверяю своей подписью.

✓ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.

Подпись пациента _____

✓ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

Подпись пациента _____

Содержание настоящего документа мною прочитано, оно полностью мне понятно, о чем я удостоверяю своей подписью.

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____