

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство  
«Лечение глубокого кариеса»**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. пациента либо законного представителя пациента – полностью, год рождения)

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____
являюсь законным представителем _____
ФИО несовершеннолетнего пациента _____
, дата рождения Пациента: _____

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологическую клинику ООО «Зубная формула», предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, всех необходимых диагностических исследований и мероприятий, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины состояния полости рта и назначения предварительного плана лечения глубокого кариеса зубов и для возможности врача согласовать этот план со мной.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз (глубокий кариес или пульпит?) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству. Окончательное решение лечения врач может принять только после того, как проведёт препарирование и удалит весь размягчённый дентин из полости зуба. **При этом возможны два варианта лечения:**

1. Наложение лечебной прокладки с последующим пломбированием зуба (1-2 посещения).
2. Эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба) с последующим пломбированием (2 - 4 посещения).

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет возможен.

**Я осведомлён(а) о последствиях отказа** от данного лечения, об альтернативных методах лечения и соглашаюсь с тем, что во время, и после лечения, могут возникнуть признаки пульпита:

- после лечения с наложением лечебной прокладки возможно появление болевых ощущений, при нарастании которых врач вынужден будет провести эндодонтическое лечение;
- возможна трещина зуба (фрактура) как продольная, так и поперечная;
- потеря более 25 процентов твердых тканей зуба вследствие кариозного процесса требует ортопедической коронки
- обострение заболевания может возникнуть и в более отдалённые сроки, и это тоже приведёт к эндодонтическому лечению;
- при эндодонтическом лечении возможно появление болевых ощущений в зубе при надкусывании и жевании;
- \_\_\_\_\_.

**Я соглашаюсь с тем, что во время и после лечения, может возникнуть необходимость, при условии:**

- если слой дентина недостаточен для безопасной обработки в процессе лечения и выполнения барьерной функции в отношении бактерий, лечение корневых каналов;
- возобновление кариозного процесса по прошествии гарантийных сроков, что может потребовать повторное лечение;

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии для обезболивания медицинских манипуляций на заболевшем зубе. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

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

Я осведомлен/а/ о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Мне разъяснена необходимость, как во время лечения, так и после его окончания приходить на назначенные врачом контрольные осмотры и профилактические мероприятия, соблюдать гигиену полости рта.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано 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 гарантийном сроке на лечение кариеса и пломбирование и ознакомлен/а/ с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь права на гарантию.

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.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я имел/а/ возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил/а/ удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу. Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

***Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.***

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

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

**Пациент согласился на медицинское вмешательство** \_\_\_\_\_ (подпись)

Пациент отказался от медицинского вмешательства \_\_\_\_\_ (подпись)