ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА

ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР в ООО ЦЭМ «Консул СТ»

*Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований: ст. 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункта 14, 28 Постановления Правительства РФ от 04.10.20122 № 1006*  [*"Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"*](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_136209/)*; ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Приказа Минздрава РФ от 12.11.2021 № 1051Н “Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства”*

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

|  |
| --- |
| *Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:*  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  являюсь законным представителем *(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)* ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения |

уполномочиваю врача-стоматолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ провести инвазивную/ неинвазивную (нужное подчеркнуть) герметизацию фиссур моему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Этот документ содержит необходимую для меня информацию тем, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемой процедурой и мог(-ла) либо отказаться от неё, либо дать свое согласие на проведение данного лечения. Доктор поставил моему ребенку следующий диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Целью герметизации фиссур является устранение имеющегося заболевания и/или профилактика развития такового.

Стоматологическое лечение заключается в удалении инфицированных тканей зуба (при необходимости), медикаментозной обработке и заливке фиссур (естественных углублений зуба) фотополимерным материалом.

Герметизация может потребовать проведения местной анестезии, применение которой может привести к следующим осложнениям, не являющимися дефектами оказания медицинской помощи: гематома в месте укола, эрозия в месте укола, аллергическая реакция на обезболивающий препарат (сыпь, отек, анафилактический шок). Токсическая реакция на обезболивающий препарат (тошнота, головокружение, кратковременная потеря сознания, нарушение координации).

В случае отказа от герметизации, у ребенка возможно развитие осложнений: кариес дентина и его осложнения (пульпит, периодонтита).

Развитие осложнений может привести к удалению зуба и поражению зачатка постоянного зуба (появлению пятна, кариозному поражению недавно прорезавшегося постоянного зуба, гибели зачатка постоянного зуба).

Также мне разъяснено, что герметизация не является абсолютной защитой зуба от кариеса, так как выполняется только на одной поверхности зуба и появление кариеса на других поверхностях и вокруг герметика всецело зависит от факторов, влияющих на исход лечения:

1. Правильный уход пациента за полостью рта имеет решающее значение для сохранения здоровых зубов и целостности реставраций. Регулярное посещение гигиениста – 1 раз в 3-4 месяца, в соответствие с индивидуальными показаниями.
2. Состояние иммунной системы пациента – способность организма сопротивляться инфекции.
3. Возраст и контактность пациента.
4. Агрессивность (вирулентность) бактерий, их способность к внедрению в ткани организма. Очаги инфекции с высоковирулентными бактериями сложнее поддаются лечению.
5. Особенности питания: употребление чрезмерного количества углеводов может вызвать кариес на зубах, в т.ч. вокруг герметика.
6. Психологический фактор: понимание пациентом, а также его родителями или лицами, их заменяющими, важности гигиены, периодических профосмотров и выполнение всех рекомендаций.

Я проинформировал(-ла) доктора о всех случаях аллергии моего ребенка к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел(-ла) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Меня уведомили, что клиника и её персонал не несет ответственности за качество предоставляемых услуг в следующих случаях:

1. Предоставление услуг по требованию пациента или его родителя, расходящемуся с предложенным врачом планом лечения, о чем делается соответствующая запись в истории болезни.
2. Возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее.
3. Осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций.
4. Переделок и исправления работ в другом лечебном заведении.
5. Ремонта, порчи и исправления работы самим пациентом.
6. Истечения срока гарантии на оказанные услуги.
7. Неудовлетворительного состояния гигиены полости рта.

Я проинформирован о том, что герметик не является конструкцией, устанавливаемой на зуб, поэтому не имеет гарантийных сроков, в случае сколов, стираемости герметика с течением времени его корректировка либо полная замена осуществляются из средств пациента в соответствии с прейскурантом.

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись пациента, родителя или закон.представителя) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

(подпись врача) (расшифровка подписи) (дата)

Данное Информированное Добровольное Согласие является неотъемлемой частью медицинской карты