**Общество с ограниченной ответственностью Центр эстетической медицины «Консул СТ»** 622049 Свердловская область, г. Нижний Тагил, Уральский пр., 81. Тел.: /3435/44-26-30, konsul-st@mail.ru, сайт: konsul-st.ru

центр эстетической медицины

*р/с 40702810416540005716 в Уральский банк ПАО «СБЕРБАНК РОССИИ» г. Екатеринбург к/с 30101810500000000674*

*БИК 046577674 ИНН 6623070600 КПП 662301001 ОКПО 67720525 ОГРН 1106623004146 ОКТМО 65751000*

**Информированное согласие на 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 моем предстоящем лечении, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.*

Мне,

(фамилия, имя, отчество пациента или законного представителя)

предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом лечении глубокого кариеса.

*Я* понимаю, что в данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз (глубокий кариес или хронический пульпит) с спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству. Окончательное решение по плану лечения врач может принять только после удаления размягченных тканей из кариозной полости. При этом возможно несколько вариантов дальнейшего лечения:

1. наложение лечебной прокладки с последующим восстановлением зуба;
2. наложение лечебных прокладок в два этапа с временных восстановлением зуба и наблюдением за течением заболевания в течение нескольких месяцев (от 3 до 12) под рентгенологическим контролем через 3-6-12 месяцев;
3. эндодонтическое лечение корневых каналов с последующим пломбированием и восстановлением зуба в 2-6 посещений.
4. хирургическое вмешательство.

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

Я осведомлена(а) о последствиях отказа от лечения, об альтернативных методах лечения и о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после лечения:

1. при лечении с сохранением пульпы возможно появление болевых ощущений, при этом врач вынужден будет провести эндодонтическое лечение;
2. появление болей может возникнуть и в более отдаленный период. И это тоже приведет к эндодонтическому лечению;
3. при игнорировании жалоб и нарушении графика контрольных осмотров с рентгенологическим исследованием в последующем может обнаружится некроз пульпы с возникновением воспаления околокорневых тканей —- периодонтит.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля во время лечения, я обязуюсь приходить на контрольные осмотры два раза в год и следить за гигиеной полости рта.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Я получил (а) полную информацию о гарантийных сроках .действующих в ООО Центр эстетической медицины «Консул СТ»: на лечение кариеса 6-12 месяцев в зависимости от гигиенических индексов и общего состояния здоровья, клинической ситуации.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне (моему

ребенку) лечения глубокого кариеса.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Номер зуба | Диагноз | Ф.И.О. и подпись врача | Подпись пациента или его законного представителя |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения глубокого кариеса на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. и подпись пациента, закон.представителя пациента)

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г

(Ф.И.О. и подпись медицинского работника)