**Информированное согласие на лечение глубокого кариеса**

**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”

Мне {Родитель}

 (фамилия, имя, отчество пациента или законного представителя)

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

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:

- наложение лечебной прокладки с последующим восстановлением зуба;

- 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;

- эндодонтическое лечение корневых каналов с последующим пломбированием и восстановлением зуба в 2-6 посещений.

- хирургическое вмешательство.

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того какой вариант лечения будет возможен и что в случае уточненного диагноза «пульпит» кроме самой пломбы я обязан оплатить также все проведенные манипуляции по лечению корневых каналов согласно прайсу исполнителя на момент оказания услуг.

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 ЦЭМ «Консул СТ»: на лечение кариеса 6-12 месяцев в зависимости от гигиенических индексов и общего состояния здоровья, клинической ситуации.

Я также проинформирован (а) о необходимости проведения физиотерапевтического лечения в комплексном оказании стоматологической помощи и понимаю цели его проведения.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне (моему ребенку {ФамилияИмяОтчество}) 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.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ {Родитель}

 (подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество} ДАТА {ТекущаяДатаПолная} г.

 (подпись врача) (ФИО полностью)