## F:\H_rezerv\Консул_развитие\Логотипы\Бланк_СТ.png

## Информированное добровольное согласие пациента на проведение медицинского

##  вмешательства по протезированию витальных зубов 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, {ФамилияИмяОтчество}, {ГодРождения},

 (Ф.И.О. пациента, число, месяц, год рождения)

добровольно обращаюсь для проведения ортопедического лечения дефектов зубов или (и) зубных рядов в соответствии с планом лечения.

Этот документ подтверждает, что я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым планом, сроками и стоимостью оказания ортопедических услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение ортопедического лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Меня уведомили, что наиболее предпочтительным для здоровья и долгосрочного прогноза является покрытие зубов искусственными ортопедическими конструкциями без предварительного депульпирования. В случае сохранения жизнеспособности пульпы опорного зуба существует риск воспаления пульпы зуба или развитии воспалительного процесса в тканях вокруг корня опорного зуба как в процессе, так и после покрытия зуба ортопедической конструкцией. Данная ситуация не является признаком некачественного оказания услуг и может развиться при соблюдении всех стандартов и клинических рекомендаций оказания медицинской помощи. Я информирован, что в этом случае за дополнительную плату согласно прайсу, будет проведено лечение корневых каналов опорного зуба наиболее рациональным и безопасным способом – прямо через установленную ортопедическую конструкцию либо после ее снятия, что может потребовать необходимость повторного изготовления ортопедической конструкции и повторной ее оплаты.

Я уведомлен, что альтернативой является превентивное депульпирование витальных зубов под ортопедическую конструкцию, что связано с дополнительными риском развития осложнений как отдельная инвазивная стоматологическая манипуляция, а также депульпированные зубы имеют худший долгосрочный прогноз по сравнению с витальными зубами. Поэтому я выбираю предложенный вариант покрытия зубов ортопедическими конструкциями без депульпирования.

Высокий процент успешности проведения ортопедического лечения (более 90%) не исключает определенный процент (около 10%) неудач ортопедического лечения, что может потребовать проведения коррекции или полной переделки ортопедической конструкции за счет пациента. Я понимаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех медицинских терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я уведомлен, что витальные зубы, покрытые ортопедическими конструкциями, требуют динамического наблюдения у лечащего врача не реже 1 раза в 6 месяцев, включающее в том числе необходимость рентгенологического исследования. В случае выявления эндодонтической патологии проводится лечение корневых каналов с оплатой по прайсу исполнителя на момент оказания услуги.

В доступной 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 (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний).

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 ФЗ N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

 Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ {ФамилияИмяОтчество}

 (подпись) (Ф.И.О. пациента)

 Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество} {ТекущаяДатаПолная} г.

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

ПАМЯТКА ПО УХОДУ ЗА ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

ВЫДАНА НА РУКИ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись пациента

Данное Информированное Добровольное Согласие является неотъемлемой частью медицинской карты