

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

**Реставрация зуба 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}

(фамилия, имя, отчество пациента)

в доступной для меня форме получил(а) подробные объяснения по поводу состояния зубов. Я понимаю, что целью моего обращения и целью оказания платных медицинских услуг является мое желание изменить форму и/или цвет зубов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее по тексту – реставрация), что достигается путем применения необходимого пломбировочного материала. Я обязуюсь согласовать с врачом максимально точно желательную мне форму и цвет зубов для проведения реставрации, однако я соглашаюсь с тем, что окончательный эстетический результат по плану реставрации может быть приближен к ожидаемому мной, но не может быть заранее предсказан в силу особенностей биологического организма человека, поэтому я соглашаюсь с тем, что в случае моего субъективного непринятия эстетического результата (форма, цвет реставрации), я буду оплачивать стоимость дальнейших переделок реставрации в соответствии со стоимостью новой реставрации.

Я соглашаюсь с тем, что вследствие индивидуальных особенностей строения зубов, для достижения необходимого эстетического эффекта возможно увеличение площади обработки зуба (снятия пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования), в том числе соглашаюсь с вероятностью необходимости лечения корневых каналов при риске возникновения пульпита.

Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах достижения эстетического результата, в том числе о постановке виниров или коронок и отказываюсь от них в пользу реставрации понимая ,что качество реставрации композитными материалами может быть снижено с течением времени (изменения цвета, шероховатость, сколы).

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Я соглашаюсь с тем, что во время и после лечения, может возникнуть: воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий, если слой дентина тонкий или повреждается в процессе обработки зуба; появлении кариозного процесса по прошествии какого-то времени, что может потребовать лечение корневых каналов лечения, которое будет осуществляться за отдельную плату.

Мне разъяснена необходимость применения обезболивания (местной инъекционной анестезии) с целью обезболивания медицинских манипуляция. 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 в редких случаях 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 доктором, что имеющаяся у меня патология прикуса может снижать срок службы установленных конструкций, приводить к сколам пломбы или зуба. От предложенной коррекции прикуса при помощи ортодонтических техник и аппаратов отказываюсь. На снижение гарантийных сроков согласен.

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

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, и исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я соглашаюсь, 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 пломбирование и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию. Мне ясно, что гарантия осуществляется только на нахождение пломбы в зубе, но не распространяется на остальные ткани зуба, иные и вновь возникающие заболевания зуба. Срок службы реставрации и ее качество может снижаться при:

- употреблении в пищу красящих продуктов;

- полоскание полости рта настоями трав;

- использование некоторых противомикробных препаратов (хлоргексидин, фурациллин, фуксин, метиленовый синий, бриллиантовый зеленый, йод);

- антибактериальная зубная паста;

- применение губной помады;

- неудовлетворительная гигиена полости рта;

- наличие вредных привычек (курение, откусывание ниток, «лузганье» семечек).

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.

Я понимаю, что с целью проведения более качественной реставрации мне необходимо выполнить:

- санацию полости рта с последующим рациональным протезированием с целью восстановления жевательной эффективности и предотвращением откола тонких стенок зуба;

- регулярно проводить курс реминерализирующей терапии по схеме, назначенной врачом, для профилактики рецидива кариеса и выпадение пломбы;

- проводить лечение у врачей-интернистов при наличии общих заболеваний, проявляющих патологию зубочелюстной системы;

- посещать стоматолога каждые 6 месяцев для контроля и возможностей коррекции (шлифовка, полировка пломб, проведение профессиональной гигиены полости рта).

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, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента и договора на оказание платных стоматологических услуг, понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

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

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

(подпись пациента) (ФИО полностью)

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

(подпись врача) (расшифровка подписи)

ПАМЯТКА ПО УХОДУ ЗА ЗУБАМИ ПОСЛЕ РЕСТАВРАЦИИ КОМПОЗИТНЫМ МАТЕРИАЛОМ

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

Подпись пациента

Данное Информированное Добровольное Согласие является неотъемлемой частью медицинской карты