

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

**Эндодонтическое лечение с сомнительным прогнозом 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)

добровольно обращаюсь в клинику Исполнителя для проведения стоматологического лечения и даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: Эндодонтическое лечение зуба с сомнительным прогнозом.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что при данной клинической ситуации возможно несколько вариантов лечения, в том числе с сомнительным прогнозом,направленное на попытку сохранения зуба. Окончательное решение врач может принять только после того, как проведёт ряд подготовительных мероприятий (в зависимости от первоначального состояния зуба), в частности: снятие ортопедической конструкции, удаление литой штифтовой культевой вкладки, удаление анкерного штифта, препарирование и удаление старых пломб, кариозных тканей, размягчённого дентина из полости зуба, распломбировка корневых каналов зуба, временная и постоянная пломбировка корневых каналов, хирургические зубосохраняющие операции, временное и постоянное протезирование, а также по факту наблюдения за состоянием зуба после проведенных вмешательств.

**При этом возможны два варианта исходов**, о которых пациент предупреждается настоящим документом до принятия решения о предлагаемых в соответствии с планом лечения медицинских вмешательствах:

1. Уточнение диагноза, попытка консервативного лечение зуба, и в соответствии с ним выбор и согласование с пациентом тактики лечения с попыткой сохранения зуба без каких-либо гарантий. Пациент в этом случае оплачивает последующее лечение согласно утвержденного или скорректированного после диагностики плана лечения.
2. В случае выявления показаний к удалению зуба как в процессе вмешательства, так и через несколько месяцев/лет после него (перелом, трещина, перфорация, невозможность прохождения корневых каналов, полное разрушение коронковой части зуба с отсутствием феррула, невозможность извлечения отломка инструмента в канале, вкладки, штифта, подвижность 3-4 степени, рецессия десны, прогрессирование воспалительного процесса в периодонте и др.) врач предлагает удаление зуба. В этом случае пациент оплачивает все выполненные манипуляции по препарированию зуба, удалению старой пломбы, снятию коронок, извлечению инородных тел из зуба, временное и постоянное пломбирование каналов и полостей зуба, временное и постоянное протезирование. В этом случае денежные средства, затраченные пациентом на все диагностические и лечебные услуги, не возвращаются, поскольку пациент был заранее предупрежден о высокой вероятности неблагоприятного исхода лечения и всех медицинских и финансовых последствиях такого исхода. После удаления зуба составляется новый план лечения и после согласования с пациентом проводится соответствующее лечение по прайсу клиники Исполнителя.

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет возможен, и что, добровольно соглашаясь на сомнительное лечение, я обязан полностью оплатить это лечение и протезирование зуба с сомнительным прогнозом, даже если лечение в итоге будет завершено удалением зуба.

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" (Собрание законодательства РФ,2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Я осведомлён(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения (удаление зуба и иные варианты замещения дефекта) и обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после лечения.

Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка, удаление или замена стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя в соответствии с новым планом лечения.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я понимаю, что ожидаемый мною положительный результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответст­вующей квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответст­вующих стандартов и протоколов лечения.

Я до начала лечения проинформировал лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения.

Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы.

Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе.

Я даю разрешение использовать труд любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

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, исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопока­заниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. 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 Листе учета дозовых нагрузок при про­ведении рентгенологического обследования.

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

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).

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, положении о гарантиях и сроках службы на овеществленные результаты оказанных услуг, о правилах использования установленных стоматологических конструкций.

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

(подпись пациента) (ФИО полностью)

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

(подпись врача) (ФИО полностью) (ДАТА)

Данное Информированное Добровольное Согласие является неотъемлемой частью медицинской карты