



stomline.

Приложение к договору № _____ от «___» _____ 20__ г.

Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство (лечение кариеса и иных болезней твердых тканей зуба)

г. Санкт-Петербург

«___» _____ 20__ г.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина, законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне или лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть) _____
(фамилия, имя, отчество, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство терапевтическое лечение, настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

Добровольно даю свое согласие на проведение опроса, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, термометрию, тонометрию, введение лекарственных препаратов по назначению врача внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутриочно.

Я ознакомлен (а) с предлагаемым планом, ориентировочными сроками и стоимостью отдельных процедур (этапов) и лечения в целом (т.к. объем и характер работы можно будет определить только в процессе лечения, в случае повышения стоимости лечащий врач предупредит меня и обоснует это), технологиями (методами) и материалами, которые будут использованы в процессе проведения процедур, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги, а также с альтернативными вариантами лечения.

Я уведомлен(а), что с учетом имеющейся у меня клинической ситуации перед началом лечения зубов показана профессиональная гигиена, целью которой является удаление мягких и твердых над/и поддесневых зубных отложений для создания благоприятных условий в полости рта для дальнейшего лечения.

Я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Я соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач _____.

В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

Лечащий врач после диагностики обосновал необходимость проведения терапевтического лечения зуба(ов) _____
(указать номера зубов)

Мне объяснены принципы лечения зубов, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- устранение факторов, обуславливающих процесс разрушения тканей зуба;
- предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса;
- сохранение и восстановление анатомической формы и функции зуба;
- предупреждение развития патологических процессов и осложнений;

Альтернативными методами лечения является:

- изготовление вкладки или накладки;
- установление коронки;
- удаление зуба;
- отсутствие лечения вообще как такового.

Мне разъяснено, что в процессе препарирования зуба (удаления пораженных тканей с помощью бора), может измениться диагноз и тактика лечения.

Лечащим врачом мне разъяснено, что кариес - это патологический процесс, развивающийся после прорезывания зубов и проявляющийся деминерализацией и размягчением твердых тканей зубов (эмали и дентина) с последующим образованием полости, а так же мне даны разъяснения о конкретной разновидности диагностированного у меня заболевания:

- K02.0 Кариес эмали - на зубе произошло помутнение эмали, видимых разрушений нет,
- инструментальное обследование зондом не дало никаких признаков изменения структуры или на поверхности зуба появилась темная пигментация, при осмотре зуба зондом выявлено размягчение эмали.
- K02.1 Кариес дентина - поражены ткани эмали и дентина;
- K02.2 Кариес цемента - почти полное разрушение зуба;
- K02.3 Приостановившийся кариес зубов;
- K02.8 Другой кариес зубов;
- K02.9 Кариес зубов неуточненный.

Пациент _____
(ФИО пациента, либо законного представителя)

_____ (подпись)

«___» _____ 20__ г.

А так же иные болезни твердых тканей зубов:

- КОЗ.1 Клиновидный дефект;
- КОЗ.2 Эрозия зубов.

Врачом мне было разъяснено и понятно, что с учетом диагноза моего заболевания лечение кариеса будет включать в себя следующие этапы:

- анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, интралигаментарная);
- наложение коффердама (изоляция зуба от полости рта латексной завесой);
- препарирование полости с целью очищения от некротизированного дентина и эмали и/или обработка полости лазером;
- формирование стенок и дна полости для оптимального наложения пломбы;
- обработка антисептическими растворами;
- наложение лечебной и/или изолирующей прокладки;
- наложение пломбы;
- шлифование и полировка пломбы (коррекция по прикусу);
- воссоздание вида здорового зуба, соблюдая все анатомические особенности.

Предполагаемый результат:

- излечение кариеса;
- восстановление жевательной функции;
- восстановление анатомической формы зуба;
- восстановление эстетики зуба.

Последствия лечения (в том числе осложнения, возможные аллергические реакции):

- кариозное поражение, которое кажется небольшим на поверхности эмали зуба в действительности может оказаться больше, а следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования);
- прогрессирование кариеса, развитие его осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов), нарушение общего состояния организма;
- индивидуальные аллергические реакции, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов;
- онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи, нарушения дикции;
- возможное повышение чувствительности зубов на температурные раздражители;
- возможные осложнения после постановки пломбы, проведения косметического восстановления (спустя неделю и более) при лечении глубокого кариеса, а именно:
 - воспаление пульпы, вследствие проникновения туда бактерий кариозного происхождения, если слой дентина тонкий или повреждается в процессе обработки зуба, в этом случае потребуется:
 - снять поставленную пломбу;
 - провести эндодонтическое лечение;
 - поставить новую пломбу (либо ортопедическую конструкцию); что приведет к увеличению стоимости лечения;
 - рецидивирующий или вторичный кариес (формирование кариозной полости рядом с пломбой);
 - расхождение в цвете пломбы и эмали зуба, проявляющееся со временем.

Мне известно, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе и после лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма.

Я проинформирован, что:

- употребление кофе, крепкого чая и других продуктов, содержащих красители, в течение недели после пломбирования может привести к изменению цвета композиционного материала;
- значительные перепады температур (употребление кофе с мороженым) изменяют механические свойства композиционного материала и могут привести к сколам пломбы;
- для предупреждения скола пломбы из композиционного материала не следует накусывать предметы, жесткость которых превышает резерв прочности пломбировочного материала (сухари, кости, скорлупа орехов, сахар, рафинад, леденцы и т.д.);
- зубной налет при неудовлетворительном уходе за полостью рта может привести к изменению цвета композиционного материала, появлению пигментации по краю пломбы, рецидиву кариеса зубов, выпадению пломбы;
- аномалии прикуса ухудшают условия для фиксации композиционного материала в зубе.

Пациент _____

(ФИО пациента, либо законного представителя)

(подпись)

« ____ » _____ 20__ г.

Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Мне разъяснена необходимость применения местной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести:

- к головной боли;
- к шуму в ушах, гиперактузии;
- к беспокойству (включая нервозность, возбужденность, тревожность),
- к перспирации;
- к спутанности сознания, эйфории, сонливости, зевоте;
- к расстройству речи (дизартрия, бессвязная речь, логорея);
- к головокружению (включая оцепенение, вертиго, нарушение равновесия);
- к снижению внимания;

- к нарушению сознания (вплоть до потери его);
- к нарушению дыхания (от брадипноэ до остановки дыхания);
- к тремору, подергиванию мышц, судорогам;
- к тошноте, рвоте, диарее;
- к преходящим нарушениям зрения (вплоть до слепоты), нистагму, миозу, мидриазу, диплопии;
- к остановке сердца, нарушению сердечной проводимости (AV-блокада), аритмии (желудочковая экстрасистолия и мерцание желудочков), угнетению миокарда, тахикардии, брадикардии, сосудистому коллапсу, артериальной гипотензии/гипертензии, расширению сосудов;
- к отеку или воспалению в месте инъекции;
- к появлению ишемических зон в месте введения (вплоть до развития тканевого некроза - при случайном внутрисосудистом введении);
- к образованию внутреннего кровотечения и гематомы;
- к травматизации нервных окончаний, проявляющейся потерей чувствительности, невралгиями;
- к онемению губ и языка, парестезии полости рта;
- к повреждению нерва (вплоть до развития паралича);
- к дизестезии, включая жар или озноб;
- к дисгевзии (включая металлический привкус);
- к изъязвлению десен, гингивиту;
- к гиперсаливации,;
- к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты (гиперемия и зуд кожи, конъюнктивит, ринит, ангионевротический отек различной степени выраженности (включая отек верхней и/или нижней губы и/или щек, голосовой щели с затруднением акта глотания, крапивницу, эритему, затруднение дыхания), анафилактический шок);
- к метгемоглобинемия;
- к отеку в области головы и шеи;
- к ограничению открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше;

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено:

- при выраженном стрессе;
- в области существующего воспаления;
- после употребления алкогольных или наркотических веществ.

При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Я информирован о том, что в этих случаях, при моем правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Т.к. в этом случае он не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги (ФЗ «О защите прав потребителей») и нарушает право пациента на гуманное отношение при оказании медицинской помощи (ч.5. ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Я информирован(а) о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности. Я информирован(а), что клиника оснащена всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи.

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.

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

- изменения витаминного;
- иммунологического балансов;
- нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей и зубов до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Пациент _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию:

- беременность на протяжении всего срока и период лактации;
- пребывание в зонах радиоактивных катастроф;
- проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени;
- выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой;
- работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений.

Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Мне сообщено, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях: движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.) необходимо выполнение повторного рентгеновского снимка. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок.

Для практически здоровых лиц годовая эффективная доза при проведении профилактических медицинских рентгенологических процедур и научных исследований не должна превышать 1 мЗв (1000μЗв). 1 обследование КТ - 80μЗв, ОПТГ- 80μЗв, RVG(прицельный)- до 12μЗв.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры по согласованному с врачом графику, изложенным в медицинской карте.

Я проинформирован(а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты (если назначены), немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.п.).

Мне разъяснено, как ухаживать за зубами, я понимаю возможность возникновения вторичного кариеса при несоблюдении правил гигиены полости рта.

Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я извещен(а) о необходимости проведения дополнительных консультационных и диагностических процедур: получение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка; консультация стоматолога(ов) иного профиля, консультация врача(ей) общего медицинского или специального профиля.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Следует учесть, что результат лечения в каждом конкретном случае зависит не только от его качества, но и от реакции организма и общего состояния зубов. Мне сообщено, что проводить лечение будет специалист соответствующей квалификации с применением им качественных материалов и инструментов и соблюдением методик.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости и выбрал вариант лечения.

С предложенным планом лечения ознакомлен(а) и согласен (согласна).

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

Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг.

Я информирован(а), что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого терапевтического лечения.

Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе:

- об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов;
- обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях;
- о перенесенных инфекционных заболеваниях (гепатит А, гепатит Б, гепатит С, венерические заболевания, ВИЧ-инфекция, герпес);
- об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности;
- о принимаемых лекарственных средствах;
- о наследственности;
- об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- о наблюдении у психиатра/психотерапевта;
- о проведении косметологических (инъекционных и неинъекционных) процедур в области головы и шеи в период за 30 дней до/во время/в течении 30 дней после запланированных манипуляций.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета (в том числе о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях, и аллергических реакциях) заполнена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Пациент _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)

Для женщин: Беременность ___ ДА ___ НЕТ, на момент проведения манипуляции

Разъяснил ли Вам врач-стоматолог сведения о наличии заболевания:	
Указал ли он диагноз и прогноз заболевания:	
Разъяснил ли он методы лечения и возможные риски:	
Указал ли он возможные варианты медицинского вмешательства:	
Разъяснил ли он варианты последствий и результатов лечения:	

СОГЛАСИЕ:

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Пациент _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)

Врач _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО врача-стоматолога) (подпись)

Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) (Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

(ФИО гражданина) (контактный телефон)
Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего стоматологического вмешательства, дал(а) ответы на все вопросы.

Врач _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО врача-стоматолога) (подпись)

ОТКАЗ: Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Пациент _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)

Врач _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО врача-стоматолога) (подпись)