

## Информированное добровольное согласие пациента

Я, \_\_\_\_\_, добровольно обращаюсь в стоматологию «Стомодент» для проведения осмотра и последующего лечения стоматологических заболеваний на платной основе.

Я добровольно даю согласие на проведение следующих медицинских процедур, медицинских манипуляций и вмешательств (по результатам первичного приема и назначенного плана лечения в отношении меня могут быть осуществлены все или отдельные из нижеперечисленных манипуляций и вмешательств):

☐ **Опрос, врачебная консультация** - обсуждение вопросов, касающихся моего здоровья с врачом, являющимся специалистом в конкретной области медицины, выявление жалоб, сбор анамнеза (получение необходимой информации о жизни и здоровье).

☐ **Осмотр полости рта, манипуляции и исследования** для получения максимально полной картины состояния органов, диагностики и назначения предварительного плана лечения, для возможности согласовать этот план со мной.

☐ **Местная инъекционная анестезия** проводится с целью обезболивания для осуществления медицинских манипуляций, предусматривает одну или несколько инъекций и приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности. Время действия может быть от 15 минут до нескольких часов.

Я информирован(а) об основных преимуществах, осложнениях и риске инъекционной анестезии. Осложнения обусловлены введением в ткани организма анестетика и реакцией на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергические реакции, обморок, коллапс, анафилактический шок; травмой мягких тканей, гематомами, отеком десны в области инъекции, тризму (ограниченное открывание рта), травме нервных окончаний и сосудов, потерей чувствительности, невритами, невралгиями, продолжающихся в течение нескольких дней или дольше. Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я знаю, что в некоторых случаях медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения.

В случае если у меня ранее случались аллергические реакции на медикаментозные препараты, я обязуюсь предоставить аллергологический тест на препараты для анестезии. Если я умолчал (а) о наличии у меня каких-либо аллергических реакций, я беру на себя полную ответственность в случае осложнений от проведения анестезии. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

☐ **Терапевтическое лечение** проводится для удаления кариозных и некариозных поражений зубов, восстановления функции жевания путем реставрации зубов пломбировочными материалами. Положительный результат в виде правильно восстановленной формы зуба проявляется сразу после окончания лечения. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; разрушение зуба; развитие инфекционных осложнений; появление или нарастание болевых ощущений; потеря зуба, системные проявления заболевания. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба; отказ от лечения. Врач понятно объяснил мне метод лечения и все возможные осложнения. Я понимаю что: -под удаленными пломбами может прогрессировать кариес зубов. Удаление разрушенных тканей зуба может привести к дополнительным процедурам: вскрытию зубной полости и депульпации зуба. Это усложняет и повышает стоимость лечение зуба. Окончательный вариант реставрации зуба выбирается только после удаления старых пломб и разрушенных тканей зуба. Выбор метода реставрации зависит от объема разрушений зуба.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

☐ - **Эндодонтическое лечение** включает в себя раскрытие полостей корневой системы, их обработку, а также постоянное пломбирование корневых каналов. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, системные проявления заболевания. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отказ от лечения.

Мне объяснили метод лечения и возможные осложнения: ощущение дискомфорта, болевых ощущений после лечения от нескольких часов до нескольких дней; во время лечения искривленных корневых каналов, возможна поломка инструмента, либо перфорация стенки корня, что может повлечь за собой потерю зуба или вызвать необходимость применения других манипуляций; при лечении корневых каналов зуба, покрытого коронкой, либо являющегося опорой несъемного протеза может произойти повреждение ортопедической конструкции или необходимость снятия всей ортопедической конструкции. При успешном завершении эндодонтической терапии нет гарантии, что зуб не подвергнется кариозному разрушению или перелому. При перелечивании корневых каналов процент успеха лечения снижается: из-за невозможности удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала; с плохой проходимость корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений. Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения. Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, по усмотрению врача, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).

Подпись пациента \_\_\_\_\_



☐ - Пародонтологическое лечение имеет своей целью устранение очагов инфекции в полости рта с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма. В ходе лечения могут быть использованы консервативные методы (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, закрытый кюретаж зубодесневых карманов), ортодонтические и ортопедические методы (шинирование, протезирование). Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба(ов), а также системные проявления заболевания. Альтернативой данного лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отказ от лечения. Подпись пациента \_\_\_\_\_

☐ - Ортопедическое лечение проводится с целью долговременного замещения дефектов зубного ряда, улучшения функции жевания и (или) эстетической реабилитации. Я ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования и альтернативными вариантами, которые, будут иметь меньший клинический успех. Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, невропатология.

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта; анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, коррективке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи. При наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта. При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств может возникнуть затрудненная адаптация к протезам, чувство тошноты, нарушение функций речи, жевания, глотания, поломки протезов.

Меня предупредили, что в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить по графику, записанному в медицинскую карту. Профилактические осмотры с рентгенологическим исследованием — неотъемлемая часть лечебного процесса, увеличивающая сроки службы реставраций и зубопротезных конструкций, помогает выявить дефекты зубов или конструкций, провести дополнительную диагностику, своевременное лечение или коррекцию.

Я подтверждаю, что получил объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риск, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и в данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Я проинформирован, что возможно изменение плана лечения, в этом случае возникает необходимость изменения сметы на лечение.

Я согласен полностью оплатить все дополнительные расходы на лечение и диагностику. Мне составлена предварительная смета на стоматологическое лечение, которая мне разъяснена и понятна.

Я понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой. Гарантировать 100% положительный результат проведенного лечения не представляется возможным. Речь может идти о прогнозах, которые зависят от состояния моего здоровья, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнения всех полученных от врача рекомендаций, соблюдения гигиены полости рта, проведения необходимого консервативного лечения, визитов в указанные сроки.

Я понимаю, что мое состояние может измениться во время или после стоматологического лечения. Даю свое согласие на изменения плана лечебных мероприятий и применение альтернативных методов лечения. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне медицинских процедур, медицинских манипуляций, лечения и вмешательств, отмеченных мной в настоящем документе

Подпись, Ф.И.О. пациента

Подпись, Ф.И.О. врача

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)