

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**на стоматологическое лечение**

Цель данного документа – предоставить пациенту до подтверждения им согласия на проведение медицинской процедуры полную информацию об особенностях данного вида медицинской услуги и о возможных осложнениях, которые могут возникать при данном виде лечения.

1. В соответствии со ст.ст. 20, 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

мне _____

(ф.и.о. пациента/представителя ребенка)

_____ года рождения, разъяснены сведения о состоянии моего здоровья и необходимый и подлежащий выполнению в связи с этим объем стоматологических услуг.

Я, даю добровольное согласие на проведение стоматологического лечения в объеме, предусмотренном договором на оказание платных медицинских услуг и планом лечения.

Я даю добровольное согласие на проведение следующих медицинских услуг:

- осмотр врача;
- рентгенологическое исследование;
- терапевтическое стоматологическое лечение;
- ортодонтическое стоматологическое лечение;
- ортопедическое стоматологическое лечение;
- хирургическое стоматологическое лечение.
- иных медицинских процедур, предусмотренных договором.

Содержание и результаты медицинской услуги, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены Врачом, и я их полностью понял(а).

Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения:

В случае возникновения во время обследования и проведения процедуры непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, даю согласие на изменение характера лечения, включая отказ от его выполнения, с последующим информированием об этом.

Я предупрежден/а/ о поведении в период амбулаторного лечения, мной получены и поняты рекомендации врача о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры и исследования. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого клиника не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу и клинике.

Мне разъяснено, кроме того, что лечебные процедуры могут быть прерваны врачом или отменены из-за их неадекватной плохой переносимости моим организмом, из-за недостаточной исходной подготовленности организма к этим процедурам или при отсутствии положительного результата воздействия. По тем же причинам врачом могут быть заменены лекарственные препараты.

Я понимаю, что реакция организма на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен(а) с тем, какие могут возникнуть осложнения:

Подпись пациента /представителя ребенка: _____

При терапевтическом приёме и после него:

- гематома после инъекции анестетика;
- постпломбировочные боли при надкусывании;
- появление отёка мягких тканей или увеличение имевшегося отёка после терапевтического вмешательства;
- необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зубов;
- необходимость удаления зуба в случае неэффективности терапевтических методов;
- возникновение периодонтальных явлений, и изменение рентгенологической картины после пломбировки каналов с плохой проходимостью, или при наличии коллатеральных каналов;
- возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани, полости и каналы при эндодонтическом лечении зубов;
- отлом коронковой части зуба при циркулярном кариесе;
- возможность изменения цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свёкла, вишня,...);
- возможность отлома эндодонтических инструментов в труднопроходимых каналах;
- при наличии желудочно-кишечных заболеваний возможно появление тёмной полосы между пломбой и тканями зуба.
- развитие осложненных форм кариеса (пульпит, периодонтит) после лечения глубокого кариеса.

При ортопедическом приёме и после него:

- отёки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен;
- появление натёртостей при съёмном протезировании;
- рвотный рефлекс;
- ухудшение эстетического эффекта протезирования из-за отказа удалять зубы;
- аллергическая реакция на материалы съёмных протезов;
- изменение дикции, вкусовых ощущений, а также характера слюноотделения;
- плохая фиксация пластинчатых съёмных протезов при выраженной атрофии альвеолярных гребней;
- переломы и сколы различных видов съёмных протезов;
- возможная необходимость перебазиновки съёмного протеза из-за атрофии альвеолярного гребня после удаления зубов;
- асфиксия во время сна в случае неснятия полных съёмных пластинчатых протезов перед сном;
- травматизация слизистой оболочки рта;
- плохая фиксация и стабилизация протезов;
- сколы облицовки постоянных протезов из-за неправильного использования;
- расцементировка при постоянной или временной фиксации;
- возможное изменение плана протезирования и, как следствие, стоимости работ при несостоятельности опорных зубов или при изменении пожеланий пациента;
- появление запаха изо рта и образование налёта на пластинчатых, бюгельных и эластичных протезах из-за несоблюдения пациентом гигиены полости рта;
- изменение сроков протезирования.

В ходе хирургического вмешательства и после него:

- гематома после инъекции анестетика;
- боли в месте инъекции до трёх недель;
- луночковые боли после удаления зуба, развитие альвеолита, связанное с особенностями развития воспалительного процесса, индивидуальными защитными функциями или особенностями организма, либо с выполоскиванием из лунки кровяного сгустка;

Подпись пациента /представителя ребенка: _____

- кровотечение из лунки или разреза;
- парестезия в области языка, нижней губы;

- сообщение полости рта с гайморовой пазухой;
- гайморит;
- попадание корня зуба в гайморову пазуху;
- появление отёка мягких тканей или увеличение имевшегося отёка при хирургическом вмешательстве в период обострения;
- контрактура жевательных мышц после удаления зуба, боли при глотании.

При пародонтологическом лечении и после него:

- отёк, гиперемия, боли, зуд, повышение температуры;
- гематомы в области инъекций;
- индивидуальная непереносимость назначенных медикаментозных средств;
- повторный воспалительный процесс пародонта вследствие неудовлетворительного гигиенического ухода за полостью рта;
- увеличение подвижности зубов;
- непрогнозируемый переход процесса из локализованной формы в генерализованную;
- другие виды осложнений.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу. Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнять любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния

Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врача мною поняты, возможный риск предстоящей процедуры мною осознан.

Я понимаю, что никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено, поскольку они зависят от физиологической особенности организма конкретного пациента.

Я знаю, что в моих интересах сообщить врачу обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии у меня в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.

Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать развитию местных и/или общих осложнений или даже стать их причиной.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я имел/а/ возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу. Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

Пациент/представитель ребенка: _____
(Ф.И.О., подпись)

« ____ » _____ 2018г.

Врач: _____

(Ф.И.О., подпись)