

## Информированное добровольное согласие пациента на проведение медицинского стоматологического вмешательства в ООО «МЕДИАЛ» на несъемные ортопедические конструкции

*Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства,*

Я \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество пациента)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в ООО «МЕДИАЛ» (далее Исполнитель). Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф. И. О. медицинского работника)

в доступной для меня 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. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Я получила(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения.

Я ознакомлен(а) с возможными альтернативными вариантами протезирования (установление внутрикостных дентальных имплантатов), которые в моем случае могут иметь меньший клинический успех (меньшую длительность службы протеза; худшие эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; возможное ухудшение здоровья тканей пародонта и дальнейшее нарушение функции жевательного аппарата, рецидивы деструктивных процессов зубочелюстной системы в целом).

Я понимаю, что результатом протезирования является установка искусственных зубов вместо утраченных для обеспечения жевания пищи и эстетической целостности зубных рядов.

Я выбираю следующую конструкцию протеза: \_\_\_\_\_

Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и планом самого протезирования, с возможными альтернативными вариантами протезирования, в том числе протезировании съемными конструкциями и протезированием на имплантатах, которые, в моем случае, будут иметь иной клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа).

Выбирая данную конструкцию протеза, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и недостатки и возможные неудобства при пользовании протезом.

Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболевания пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а так же общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я соглашаюсь с тем, что при протезировании есть необходимость obtачивания зубов (препарирования эмали тонким слоем) для установки коронок на опорные зубы или виниров.

Я соглашаюсь с тем, что для опоры протеза необходимо провести депульпирование (удаление нервов, при этом зуб становится неживым, но успешно выполняет функцию опоры протеза) и пломбирование корней зубов.

Я понимаю необходимость строго следовать этапам протезирования и соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Мне понятно, что в зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает, и это может приводить к их разрушению. Поэтому я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами, а так же обязуюсь приходить на контрольные осмотры в соответствии с рекомендациями врача.

Я знаю, что в качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы только здоровые или качественно приотточенные (пролеченные) зубы и ткани пародонта, а так же извещен(а) о необходимости рентгенологического исследования.

Лечащий врач понятно мне объяснил технологию и этапы изготовления и установки протезов. Со мной согласован план лечения и я соглашаюсь с тем, что до начала протезирования невозможно гарантировать отсутствие возникновения редких, но возможных особенностей протезирования с учетом индивидуальных особенностей моего организма, в результате которого план протезирования будет меняться. Я соглашаюсь с возможностью возникновения и необходимостью коррекции нижеперечисленных ситуаций (при этом стоимость протезирования будет увеличена):

- при получении отлитых возможна расцементировка установленных ранее ортопедических конструкций;

- при использовании временных протезов возможно их поломка и расцементировка;

- при снятии старых ортопедических конструкций возможно возникновение перелома зуба и расцементировка штифтовых конструкций;

- при изготовлении штифтово-культевых вкладок возможна необходимость в повторном эндодонтическом лечении, возможно возникновение перелома корня зуба, что потребует удаления зуба и изменении плана протезирования.

Я понимаю, что если я настаиваю на использовании в качестве опоры протеза зубов с некачественными пломбированными корневыми каналами, с очагами деструкции в области верхушки корня, с заболеванием пародонта и другими отклонениями от нормы (которые не удалось устранить в процессе лечения), то возрастает риск обострения заболевания зуба и ухудшения его состояния, что может привести к удалению зуба и зубного протеза.

Настаивая на вышеуказанном, я беру на себя риск возникновения осложнений в опорных зубах и соглашаюсь с установлением гарантийного срока и срока службы на протезирование.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. 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 индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном онемении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениями. 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 сохраниться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных и 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, исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. 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 медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к применяемым при протезировании материалам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Мне понятно, что существует вероятность возникновения непереносимости (аллергической реакции) на материалы, используемые при лечении (пластмасса, металл и прочие составляющие применяемых материалов). Поэтому при возникновении аллергической реакции и невозможности пользования протезом(ами) и их снятии, я соглашаюсь считать медицинские услуги по лечению зубов выполненными надлежащего качества, при этом стоимость оказанных услуг не возвращается.

Я соглашаюсь с тем, что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятие оттисков, корректировке прикуса возможны:

- индивидуальная аллергическая реакция,
- непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов,
- онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания, жевания и речи.
- есть риск проглатывания коронки;
- есть риск попадания инородного тела в дыхательные пути.

Я соглашаюсь с тем, что во время эксплуатации надлежащим образом изготовленных и установленных протезов (особенно при пережевывании и откусывании с силой), есть вероятность возникновения переломов протезов, трещин и отколов облицовочного материала, изменение цвета, стирание зубов антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в опорных зубах и др.

Я соглашаюсь с тем, что при наличии патологии височно – нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, вплоть до невозможности привыкания к протезам, чувство тошноты, нарушение функций речи, жевания, глотания, поломок протеза,

Мне понятно, что медицинская наука не может точно предсказать сроки службы опорных зубов, поэтому невозможно гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом. Поэтому я соглашаюсь с вероятностью развития через неопределенных срок повреждения (заболевания) опорных зубов в дальнейшем, что приведет к невозможности эксплуатации установленного на них протеза.

Я соглашаюсь с тем, что при использовании протезов возможны дискомфортные ощущения в ротовой полости, изменение дикции, ощущение инородного тела в рту, воспаление слизистой оболочки ротовой полости, привыкание к которым требует времени и, при необходимости, процедур коррекции. Я соглашаюсь с тем, что в редких случаях, даже после неоднократных коррекций протезов, возможна ситуация, когда пациенту не удастся привыкнуть к протезам вследствие возникновения субъективных дискомфортных ощущений во время пользования протезами. Поэтому я соглашаюсь с тем, что возникновение не привыкания к протезам не является существенным недостатком протезирования, так как основано на субъективных ощущениях взаимодействия слизистой и органов ротовой полости с инородным материалом, независящих от способов и материалов протезирования. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения и вероятность возникновения нежелательных явления и осложнений. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантированно 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 гарантийных обязательствах на ортопедическое лечение и зубные протезы, и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь прав на гарантию.

Я соглашаюсь соблюдать рекомендации врача по использованию зубных протезов, в том числе изложенных в Памятке пациента.

Я понимаю, что при невыполнении рекомендаций, в том числе пережевывании грубой и твердой пищи, возможна возникновение осложнений и дефектов протезов, в том числе поломка протеза и его попадание его частей в пищеварительный тракт и дыхательные пути.

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 без указания имени и фамилии, фотографии моих зубов (без лица) и полости рта в научных и учебных целях, для оценки качества протезирования, публикации на сайте клиники, для публикации в научной литературе, а так же предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных услуг Страховщику.

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

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения ортопедического лечения на предложенных условиях.

Исполнитель в соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

**Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_\_ г. и действует до полного окончания лечения (исполнения Договора об оказании медицинских услуг).**

Пациент: \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)

Законный представитель: \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)

#### **Заполняется законным представителем Пациента**

(родителем, приемным родителем, попечителем лица, достигшего возраста 15-лет; 16-ти лет, больного наркоманией; попечителем лица, достигшего 18-ти лет, но признанного судом ограниченно недееспособным):

Я, законный представитель Пациента, \_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)

согласен на проведение представляемому мной лицу ортопедического лечения и подтверждаю, что Пациент ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого ему разъяснены и понятны, а также Пациент выразил свою волю на проведение ортопедического лечения по предложенному плану лечения с моего согласия и расписался об этом в моем присутствии собственноручно.

Законный представитель: \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или со-стоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

\_\_\_\_\_ (Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

Заполняется представителем медицинской организации:

Дал пациенту необходимые разъяснения и согласие получил: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_\_ г.

Лечащий врач \_\_\_\_\_ (подпись)