Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

терапевтическое лечение (лечение кариеса твердых тканей зуба)

Я, нижеподписавшийся : _____

(фамилия, имя, отчество гражданина, одного из родителей ребенка до 15 лет, иного законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____

(фамилия , имя, отчество (до 15 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство терапевтическое лечение (лечение кариеса твердых тканей зуба)

(наименование вида медицинского вмешательства)

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:

1. Я добровольно обращаюсь за медицинской помощью в ООО «Евромед».

2. Я соглашаюсь с тем, что лечение кариеса твердых тканей зуба будет проводить:

_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача, увольнение, пр.) ООО «Евромед» может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

3. Я проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

4. Главная цель лечения кариеса - это предупреждение развития дальнейшего поражения зуба, воспаления пульпы, разрушения и потери зуба.

5. Этиология и патогенез заболевания кариесом связаны с недостатком гигиены и эндогенными причинами, определяющие устойчивость к кариесу.

6. Я проинформирован(а) о методах диагностики: осмотре, зондировании, химических кариес маркерах, рентгенологическом исследовании.

7. Методы лечения кариеса твердых тканей зуба заключается в иссечении твердых тканей зуба, пораженных кариесом и замещении их пломбировочным материалом с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма.

8. Мне в доступной форме даны разъяснения о целях и методах лечения кариеса твердых тканей зуба, объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

9. Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В частности:

- кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а, следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (реставрации);

- кариозное поражение, которое кажется «небольшой дырочкой», может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а, следовательно, потребуется реставрация значительной части зуба или постановка коронки (по ситуации);

- при обширном кариозном поражении возможно возникновение необходимости лечения корневых каналов.

10. Решения о проведении лечения кариеса твердых тканей зуба принимает пациент или его законный представитель. Пациент (законный представитель) может отказаться от проведения лечения.

11. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости; появление и нарастание болевых ощущений, развитие местных осложнений, требующих эндодонтического лечения; разрушение и потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

12. Я предупрежден(а) о следующих возможных рисках, последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства:

- воспаление пульпы вследствие бактериальной инвазии, может возникнуть в любой срок, в этом случае потребуется: а) снять поставленную пломбу, б) пролечить каналы, в) поставить новую пломбу;

- возникновение постоперативной чувствительности или боли при накусывании от 2 дней до 1-го месяца, дискомфорт, чувствительность к температурным раздражителям в течение 2-4 дней после постановки пломбы, при этом может

потребоваться удаление пульпы, замена реставрации, прием антибиотиков, обезболивающих, десенсибилизирующих препаратов;

- гематома – после проведения местной анестезии, проходит самопроизвольно в течение недели;

- скол стенки зуба – может возникнуть в любой срок, требуется лечение каналов, реставрация коронки зуба вкладкой или коронкой, в случае скола под десну показано удаление.

- изменение цвета пломбы может возникнуть в любой срок, требуется повторная реставрация.

13. Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

14. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

15. Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

16. Я даю согласие на опрос, в том числе выявление жалоб; сбор анамнеза; осмотр.

17. 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.

18. 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). Травме мягких тканей, гематомы, отечности 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 наличие 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.

19. Я проинформирован (а) о местной инъекционной анестезии и даю согласие на ее проведение.

20. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

21. Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на лечение кариеса твердых тканей зуба мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Я принимаю решение осуществить лечение кариеса твердых тканей зуба на предложенных мне условиях.

Пациент_____ **«15»_____02_____2022 г**

Врач_____ **«15 »___02_____2022г**

В случае отказа от рекомендованного медицинского лечения

Я,_____, отказываюсь от рекомендованного мне стоматологического лечения_____

Врач рекомендует мне проведение стоматологического лечения - санацию полости рта. Рекомендованное лечение должно быть осуществлено в определённые сроки и с определённой последовательностью.Врач подробно информировал меня о характере и целях рекомендованного лечения, мне разъяснены возможные отрицательные последствия отказа от санации полости рта.Я осознаю, что выбор мною не оптимального плана лечения, изменение сроков и этапности стоматологического лечения отрицательно повлияют на итоговый результат лечения и его отдалённый прогноз.Я подтверждаю, что имею возможность обсудить с моим лечащим врачом интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с моим лечением и отказом от него.

Пациент _____

Врач __ _____