

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении определенного вида медицинского вмешательства (стоматология ортопедическая)

Я, **АФАНАСЬЕВ ВИКОР ТИМОФЕЕВИЧ** (далее - Пациент), **01.01.1950** года рождения, паспорт: серия , номер , выдан г. , зарегистрированный(-ая) по адресу:

даю информированное добровольное согласие на определенные виды медицинских вмешательств в рамках оказания медицинских услуг по осуществлению первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «Стоматология ортопедическая», в том числе включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств (1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация; 3. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; 4. Рентгенологические методы обследования, рентгенография, ультразвуковые исследования; 5. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно), 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 23.04.2012 № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 05.05.2012 № 24082)

для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «Стоматология ортопедическая» в АО «МОСИТАЛМЕД»

Медицинским работником (врачом):

ДЕМОНСТРАТОР ИВАН ИВАНОВИЧ

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

с моего согласия, подробно и 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, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и в данных обстоятельствах.

Я проинформирован(а) о необходимости ортопедического лечения.

Я проинформирован (а) о том, что 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 проинформирован(а) об основных преимуществах, осложнениях и риске анестезии с применением местных анестезирующих средств. Осложнения обусловлены введением в ткани организма анестетика и реакцией на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергические реакции, обморок, коллапс, анафилактический шок, травма мягких тканей, гематомы, отеки десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), травма нервных окончаний и сосудов, потерей чувствительности, неврит, невралгия, продолжающиеся 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.

_____ (подпись пациента)

В случае, если у меня ранее случались аллергические реакции на медикаментозные препараты, я обязуюсь предоставить результат аллергологического теста 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 проинформировал (а) врача о перенесенных заболеваниях и состояниях, противопоказаниях к проведению лечения или использования препаратов, об изменениях состояния здоровья, а также сообщил (а) иные сведения и обстоятельства, которые могут сказаться на качестве медицинских услуг, препятствовать или затруднить оказание медицинских услуг.

Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы врача, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

_____ (подпись пациента)

Ортопедическое лечение проводится с целью долговременного замещения дефектов зубного ряда, улучшения функции жевания и (или) эстетической реабилитации. Я ознакомлен с альтернативными вариантами лечения и предложенным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования. 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, нейропатология и др.

Я проинформирован(а), что

1) в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи;

2) при наличии в полости рта разнородных металлов (в случае ранее проведенного протезирования) могут возникнуть гальванические токи, чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта;

3) при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и/или других психомиофункциональных расстройств может возникнуть затрудненная адаптация к протезам, чувство тошноты, нарушение функций речи, жевания, глотания, поломки протезов;

4) имеется вероятность раскола корня зуба после установления культевой вкладки на разрушенный зуб;

5) период адаптации к съемным протезам может составлять 1 -3 месяца.

Я предупрежден, что в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь проходить лечение в соответствии с Планом лечения и полностью следовать рекомендациям лечащего врача. Я понимаю, что профилактические осмотры с рентгенологическим исследованием неотъемлемая часть лечебного процесса, увеличивающая сроки службы реставраций и зубопротезных конструкций, и способствующая выявлению дефектов зубов или конструкций, и я согласен на их проведение по назначению врача.

Я подтверждаю, что получил объяснения 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.

Я проинформирован, что возможно изменение плана лечения, в этом случае возникает необходимость изменения стоимости лечения.

Я понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой. Гарантировать 100% положительный результат проведенного лечения не представляется возможным.

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнении 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. В этих случаях я даю свое согласие на

изменения плана лечебных мероприятий и применение альтернативных методов лечения.

Я проинформирован(-а), что факторы риска и возможные осложнения, связанные с медицинским вмешательством, не могут быть полностью предсказуемы даже при совершенном техническом выполнении такого вмешательства, и я принимаю эти условия.

Я понимаю, что врач не может дать мне гарантий относительно достижения желаемых результатов, особенностей и сроков моего восстановительного периода. Мне известно, что по рекомендуемым мне медицинским вмешательствам существует риск не достижения или неполного достижения желаемого эстетического результата, что может потребовать проведения дополнительных процедур.

Я понимаю, что возможные осложнения в связи с индивидуальными особенностями организма и побочные явления могут повлечь необходимость дополнительных лечебных, диагностических процедур, что может потребовать от меня дополнительных денежных и временных затрат.

_____ (подпись пациента)

Я уведомлен(-а) о том, что несоблюдение указаний врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я подтверждаю, что осведомлен(-а), и мною добровольно принято следующее условие: в случае любых признаков ухудшения самочувствия, появления каких-либо новых симптомов или признаков осложнения течения периода после вмешательства, я обязан(-а) немедленно обратиться в АО «МОСИТАЛМЕД» к лечащему врачу или к другому врачу АО «МОСИТАЛМЕД» аналогичной специализации. В случае обращения в указанном случае к врачу другого лечебного учреждения, АО «МОСИТАЛМЕД» не несет ответственности за результаты лечения осложнений другим врачом и за наступление связанных с этим последствий для моего здоровья.

_____ (подпись пациента)

Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в том числе включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы, в том числе о степени риска и пользе медицинского вмешательства, и медицинский работник (врач) дал понятные мне исчерпывающие ответы.

_____ (подпись пациента)

Я подтверждаю, что ознакомлен (а) с Положением о гарантийных обязательствах (гарантийных сроках и сроках службы) АО «МОСИТАЛМЕД» при оказании медицинских услуг по профилю «Стоматология».

_____ (подпись пациента)

_____/ _____
(подпись) (Ф.И.О. гражданина полностью, контактный телефон)

_____/ _____
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина полностью)

ДЕМОНСТРАТОР ИВАН ИВАНОВИЧ

18.08.2023