

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

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 терапевтическая», 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, внутривожно), 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 терапевтическая» 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 проведения терапевтического лечения (анестезии, эндодонтического лечения, пародонтологического 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, гематома, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), травма нервных окончаний и сосудов, потеря чувствительности, неврит, невралгия, продолжающиеся в течение нескольких дней или дольше). Я проинформирован(а) о том, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я проинформирован(а), 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 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.

\_\_\_\_\_ (подпись пациента)

Я проинформирован(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.

Я проинформирован(а) о том, что **терапевтическое лечение зубов** проводится для восстановления функции жевания путем удаления кариозных поражений зубов с последующей реставрацией 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.

Я проинформирован (а) о том, что **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.

В доступной для меня форме мне разъяснен 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 не гарантируется, что зуб не подвергнется кариозному разрушению или перелому.

Я проинформирован (а) о том, что при перелечивании корневых каналов процент успеха лечения может быть снижен из-за невозможности удаления старой корневой пломбы, либо металлического штифта из корневого канала; из-за плохой проходимости 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, при наличии медицинских показаний может потребоваться ортопедическое лечение с целью предупреждения его дальнейшего разрушения (установка культевой вкладки, коронки и т.п.).

\_\_\_\_\_ (подпись пациента)

**Пародонтологическое лечение** имеет своей целью устранение очагов инфекции в полости рта для дальнейшего сохранения здоровья зубов и полости рта. В ходе лечения могут быть использованы консервативные методы (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных

отложен, 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.

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.

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.

\_\_\_\_\_ (подпись пациента)

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**