**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на медицинское вмешательство**

***(в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)***

**Я, Дата рождения: :**

**(ФИО пациента, либо законного представителя) (дата рождения пациента, либо законного представителя)**

**Зарегистрированный по адресу: :**

**(адрес регистрации пациента, либо законного представителя)**

*\*в отношении {Ф.И.О Пациента} \*Дата рождения: {дата рождения}*

*(Ф.И.О. пациента, при подписании согласия законным представителем) (дата рождения пациента, при подписании согласия законным представителем)*

*\*Зарегистрированный по адресу: {адрес места регистрации / проживания}*

*(адрес регистрации пациента, при подписании согласия законным представителем)*

**Даю согласие на оказание медицинской помощи в *ООО « »***. Я получил(а) от моего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач сообщил и разъяснил информацию о сути лечения, установил диагноз. Я понимаю и соглашаюсь с тем, что в процессе лечения допускается уточнение диагноза. Врачом рекомендован индивидуальный план лечения, однако допускается коррекция намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. Я соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство, а именно:

**Терапевтическое стоматологическое лечение зубов**

**(лечение кариеса и иных болезней твердых тканей зубов, эндодонтическое лечение,**

**художественная реставрация зубов, профессиональная гигиена полости рта)**

и иное медицинское вмешательство будет проводить врач ***Ф.И.О Врача*** *,* в т.ч. другие врачи-специалисты. Врач установил мне диагноз. Мне разъяснены возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения: прогрессирование заболевания; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба (зубов); нарушение общего состояния организма и другие последствия. Врачом может быть предложен альтернативный вариант – удаление пораженного зуба (зубов) при наличии противопоказаний для лечения.

Я предупрежден(а) том, что при медицинском вмешательстве:

**Лечение кариеса зубов, художественная реставрация зубов**

* 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 (пломбирования). Возможно, потребуется реставрация (художественная) значительной части зуба или постановка коронки и прочие врачебные манипуляции, о чем врач меня уведомит.
* После постановки пломбы возможно осложнение: воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения и если слой дентина тонкий (глубокий кариес). В этом случае потребуется снять поставленную пломбу, пролечить каналы, поставить новую пломбу. Также после постановки пломбы (реставрации зуба) может появиться дискомфорт, выраженный в чувствительности к механической нагрузке, к холодному, горячему, кислому, сладкому. Обычно это явление проходит за несколько дней. Если это не пройдет само по себе, то лечение такой реакции сводится к дополнительному покрытию зуба специальным составом, понижающим его чувствительность. Для этого может потребоваться прийти к врачу несколько раз.
* После проведения художественной реставрации зуба(ов), мне необходимо являться на профосмотры, назначенные врачом. Окончательная оценка эстетики реставраций (пломб) проводится через 2-3 дня после лечения. Врач объяснил мне причину этого.
* Я понимаю, что при несоблюдении мною рекомендаций врача в домашних условиях и/или несоблюдении интервалов контрольных визитов (осмотров) уменьшаются или аннулируются гарантийные сроки и сроки службы реставраций.

**Эндодонтическое лечение**

* Возможные осложнения лечения связаны с индивидуальными особенностями строения корневых каналов зубов у конкретного пациента и состоянием его здоровья: перелечивание корневых каналов зубов через некоторое время, или проведение хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба; поломка инструмента (файла) внутри корневого канала и невозможность его извлечения.
* При перелечивании ранее запломбированных каналов зуба(ов) успех лечения значительно снижается, что связано с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлический штифт, сильной кальцификацией корневых каналов, что в некоторых случаях повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента), искривлением корневых каналов. После лечения и перелечивания корневых каналов необходимо восстановление верхней части зуба, т. е. постановка пломбы или коронки (в зависимости от ситуации).
* Возможные осложнения при перелечивании зуба, покрытого коронкой или являющегося опорой для зубного протеза (съемного или несъемного): необходимость снятия несъемного протеза, перелом зуба, что может привести к его удалению.

**Прфессиональная гигиена полости рта**

* Последствиями отказа от данной процедуры могут быть: прогрессирование заболеваний (кариес, пародонтит) и связанная с этим потеря зубов.
* Я информирован(а), что для сохранения здоровья моих зубов и десен необходимо проводить профессиональную гигиену полости рта: у пациентов, не имеющих заболеваний тканей пародонта 1 раз в 6 месяцев и 1 раз в 3 месяца (в среднем) для пациентов с пародонтитом. Кратность визитов подбирается врачом индивидуально для каждого пациента и зависит от имеющейся патологии, ее тяжести и от общего состояния организма.

**Ортопедическое стоматологическое лечение зубов**

**(установка съемных и несъемных протезов, эстетических конструкций в т.ч. виниров)**

и иное медицинское вмешательство будет проводить врач ***Ф.И.О Врача*** *,* в т.ч. другие врачи-специалисты. Врач установил мне диагноз. Мне предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом ортопедическом лечении. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение зубов). Я предупрежден, что последствиями отказа от протезирования могут быть: прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология. Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения.

Я предупрежден(а) том, что при медицинском вмешательстве:

**Установка съемных и несъемных ортопедических конструкций (протезов)**

* В период проведения манипуляций в полости рта, при анестезии, обработке зубов, снятии 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. При наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием чего является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта. Эта реакция организма носит индивидуальный характер и не может считаться недостатком услуги.
* При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов.
* Меня предупредили, что в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

**Установка виниров**

* Мне будут установлены виниры - непрямые ортопедические конструкции из специальной керамики, толщиной от 0,2-0,8 мм. Они фиксируются с помощью специального цемента на поверхность зубов, с их помощью можно изменить цвет, форму, размер и длину зубов. Применение виниров предусматривает снятие меньших объемов тканей зуба, чем при подготовке зубов к керамическим коронкам. Этапы установки виниров: снятие диагностических слепков; обсуждение и выбор цвета и формы зубов; моделирование зубов с помощью воска; примерка будущих конструкций из временного материала; утверждение выбранной формы и цвета зубов; препарирование зубов под ортопедические конструкции; фиксация изготовленных ортопедических конструкций (виниров).
* Показания к установке виниров: изменение цвета зубов (в случае, когда корневой канал пломбировался резорцин-формалиновой пастой, вследствие чего произошло потемнение зубной эмали); дисколорит зубов после прорезывания (эрозия эмали, некроз, гипоплазия, флюороз и т. д.); давно установленные пломбы (реставрации) поменяли свой цвет, начали отличаться от зубной эмали тоном и появились сколы на зубах; большие эрозии на вестибулярных поверхностях и пломбы в пришеечной области на фронтальных зубов; исправления зубов, ушедших с линии зубного ряда, неровных, имеющих неправильную анатомическую форму; наличие диастем и трем (промежутки между зубами); реставрация нижних передних зубов – как альтернатива коронкам.
* Я понимаю, что подготовка зуба под установку винира требует сошлифовывания тканей зуба с поверхности соответствующих зубов, что может вызвать временную чувствительность зубов к термическим или механическим раздражителям. Для чувствительных зубов может потребоваться дополнительное лечение, включая эндодонтическое.
* Я понимаю, что виниры, как правило, не поддаются исправлению, если они скололись или треснули, также виниры могут не совпадать в точности по цвету с моими остальными зубами. Кроме того, цвет уже установленного винира изменить нельзя. Я понимаю, что виниры могут сколоться и отпасть (хотя это маловероятно). Чтобы минимизировать вероятность такого случая, я не должен(на) кусать свои ногти, покусывать карандаши, жевать лед или другие твердые предметы и каким-либо еще способом оказывать сильное давление на свои зубы. Кроме того, к повреждению винира может привести скрежетание или клацание зубами (в т.ч. бруксизм). Также следует избегать резкого чередования контрастных температурных режимов, т.к. это может спровоцировать растрескивание материала из которого изготовлены виниры.
* Я понимаю, что надлежащая чистка щеткой и нитью-флоссом, следование здоровому режиму питания, проведение регулярных профессиональных чисток являются некоторыми профилактическими мерами, которые крайне важны для борьбы с этими проблемами. Я понимаю, что в зависимости от причины, по которой я выбираю установку виниров, могут существовать альтернативы, включая ортодонтическое лечение для центровки зубов в зубном ряду, художественная реставрация зубов, отбеливание, о чем доктор меня проинформировал.

Я понимаю, что при ортопедическом лечении, в результате пребывания моего рта в открытом состоянии во время лечения может появиться тугоподвижность и болезненность в челюсти, и, возможно, будет затруднительно ее раскрывать в течение нескольких дней. Однако изредка это может быть указанием на наличие дальнейших проблем. В случае возникновения этих явлений или других беспокоящих признаков я должен(на) проинформировать персонал стоматологической клиники. Я осведомлен(а) о том, что срок ортопедического лечения длительный и зависит от сложности клинической ситуации, а также что срок лечения может измениться в связи с изменением плана лечения. Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, определенному и согласованному с лечащим врачом. Меня осведомили о негативных последствиях в случае непосещения врача в указанный срок.

**Рентгенологическое исследование**

* Я проинформирован(а) и понимаю, что для эффективного лечения могут понадобиться: дентальная компьютерная томография (КТ); получение ортопантомограммы (ОПТГ), прицельного детального снимка.
* 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.

**Анестезиологическое пособие**

* 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 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.
* Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. 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 сохраняться 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 или наркотических веществ.
* Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода. Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен(а) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия могут быть изменены врачами по их усмотрению.

Я предупрежден(а) о возможных последствиях приема анальгетиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов.

Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, об имеющихся заболеваниях, в том числе хронических, о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время. С врачом согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. Я понимаю, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Я проинформирован(а) и понимаю, что условием эффективного лечения является выполнение плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом. Также, я понимаю, что мне может понадобиться консультация стоматолога(ов) иного профиля; консультация у врача(ей) общего профиля. Врач сообщил и разъяснил информацию о гарантиях. Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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 состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

|  |
| --- |
|   |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |
|   |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |
| Пациент (его законный представитель) |  |  |  |
|  | Подпись |  | Фамилия Имя Отчество |
| Врач – стоматолог (специалист) |  |  |  |
|  | Подпись |  | Фамилия Имя Отчество |

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.