УФ-6, версия 2

Информированное добровольное согласие на лечение кариеса в ООО «Антериор»

Я _____ (ФИО)
в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне следующих медицинских услуг: лечение зубов** (без эндодонтического вмешательства лечения корневых каналов**) путем восстановления твердых тканей зубов композиционным материалом.**

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и понимаю, что при проведении лечебных манипуляций по лечению зубов (без эндодонтического вмешательства лечения корневых каналов) путем восстановления твердых тканей зубов композиционным материалом (цементом), а также подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен (а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства**,** включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений:

- возможность аллергической реакции на композиционный материал и средства анестезии.
- возможность повышенной чувствительности зубов на температурные раздражители в течение месяца после пломбирования.
- возможность развития осложнения в виде воспаления пульпы после пломбирования глубоких кариозных полостей и др.

Я знаю, что:

-употребление кофе, крепкого чая и других продуктов, содержащих красители, в течение недели после пломбирования может привести к изменению цвета композиционного материала.

-значительные перепады температур (употребление кофе с мороженым) изменяют механические свойства композиционного материала и могут привести к сколам пломбы.

-для предупреждения скола пломбы из композиционного материала не следует надкусывать предметы, жесткость которых превышает резерв прочности пломбировочного материала (сухари, кости, скорлупа орехов, сахар-рафинад, леденцы и т.д.)

-зубной налет при неудовлетворительном уходе за полостью рта может привести к изменению цвета композиционного материала, появлению пигментации по краю пломбы, рецидиву кариеса зубов, выпадению пломбы.

-аномалии прикуса ухудшают условия для фиксации композиционного материала в зубе.

Я получил(а)подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз (глубокий кариес или пульпит) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству. Окончательное решение по плану лечения врач может принять решение только после того, как проведет препарирование и удалит весь инфицированный дентин из полости зуба. При этом возможны 3 варианта лечения:

1. Лечение и пломбирование в одно посещение. Если после постановки пломбы возникнут болевые ощущения, я обязуюсь незамедлительно проинформировать лечащего врача. В этом случае понадобится лечение корневых каналов во избежание осложнений в виде гибели сосудисто-нервного пучка и появления очага инфекции в периапекальных тканях.

1. Наложение лечебной прокладки с последующим пломбированием зуба (1-2посещения). При этом варианте возможны болевые ощущения от температурных раздражителей, ночных болей, при нарастании которых врач будет вынужден провести эндодонтическое лечение.

3. Эндодонтическое лечение корневых каналов с последующим пломбированием (2-4 посещения)

Даже при успешном завершении лечения нельзя дать гарантии, что зуб, в отношении которого проводилось лечение, в дальнейшем не подвергнется кариозному разрушению и/или перелому в будущем.

Понимая сложность предстоящего лечения, я обязуюсь приходить на контрольные осмотры каждые 6 мес. и следить за гигиеной полости рта.

Я получил (а) полную информацию о гарантийных сроках и ознакомлен (а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача прекращает гарантийные обязательства медицинской организации перед Заказчиком (пациентом), а также может повлечь за собой не достижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно **соглашаюсь** на медицинское вмешательство.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: _____
_____ *(указать какие, если имеются исключения).*

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением: _____ *(указать какие, если имеются исключения).*

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств: 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 7. Рентгенологические методы обследования, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования. 8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

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.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам: _____.

Врач: _____/_____
фио подпись

Пациент: _____/_____
фио подпись

Дата: _____20____г