



«Наша стоматологическая клиника руководствуется ФЗ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ», Приказами Минздравсоцразвития РФ № 390н от 23 апреля 2012 года и Минздрава РФ № 1051н от 12.11.2021 года и современными нормами медицинской этики. Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента».

Общество с ограниченной ответственностью «Стоматолог и Я»

**Информированное добровольное согласие на проведение профилактики, диагностики и лечения заболеваний околозубных тканей и их патологий, а также поддержание здоровья, функций и эстетики этих структур с использованием анестезии**

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО), дата рождения \_\_\_\_\_ зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО), паспорт: \_\_\_\_\_,  
выдан: \_\_\_\_\_,  
Зарегистрированный/ая по адресу: \_\_\_\_\_,  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или  
лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_.  
(ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

даю добровольное согласие на проведение мне/моему подопечному следующие медицинские манипуляции: профилактика, диагностика и лечение заболеваний околозубных тканей и их патологий, а также поддержание здоровья, функций и эстетики этих структур. Мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, сроках и стоимости, гарантиях и сроках службы, потенциальных рисках и осложнениях, а также альтернативных методах лечения и что я согласен (согласна) с назначенными мне условиями его проведения.

На проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю любого из врачей-стоматологов: Попов Павел Васильевич, Попов Кирилл Павлович, Чудиновских Юлия Сергеевна.

В исключительных случаях (н-р, болезнь врача), клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне известно, что вариантами стоматологического лечения, в зависимости от клинической ситуации, являются следующие методики: **терапевтическое лечение** (лечение зубов с целью их сохранения), **хирургическое лечение** (комплекс мероприятий, направленных на сохранение зубов, а также удаление зубов), **ортопедическое лечение** (восстановление целостности зубного ряда ортопедическими конструкциями), лечение тканей, окружающих зуб и слизистой оболочки полости рта, **имплантация** (восстановление целостности зубного ряда искусственным корнем из высокотехнологичного материала - имплантатом) и отсутствие лечения как такового.

В доступной форме я получил(а) информацию об имеющейся у меня клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваниях, возрастных изменениях организма.

Основной задачей лечения является удаление микроорганизмов, находящихся на воспаленных тканях, в зубном налете, зубном камне, в поддесневых карманах, в остатках пищи под зубными протезами (мостами) и нависающими краями пломб.

Мне понятно, что лечение проводится с целью сохранения зубов, оздоровления полости рта и всего организма в целом.

Мне объяснено в доступной форме, что в ходе лечения могут быть использованы следующие методы:

**Консервативные:** полировка зубов, медикаментозная обработка (обработка, обработка пародонтальных карманов растворами антисептиков, аппликации масел и лекарственных пленок). Снятие зубных отложений (удаление твердых и мягких зубных отложений ультразвуком, ручными инструментами, пескоструйным аппаратом, вращающимися щетками с пастой), закрытый кюретаж зубодесневых карманов (удаление патологических тканей из пародонтальных карманов без проведения разрезов десны).

лазеротерапия (устранение микробного содержимого пародонтальных карманов и стимуляция восстановительных процессов), плазмолифтинг (введение в ткани пародонта аутоплазмы пациента, обогащенной тромбоцитами с целью стимуляции восстановительных процессов), шинирование зубов (скрепление подвижных зубов с помощью стекловолокон и композитных материалов с целью их фиксации), избирательное пришлифовывание зубов (выявление и устранение завышающих контактов при помощи бормашины).

**Хирургические:** открытый кюретаж зубодесневых карманов (последовательное обезболивание, разрезы десны, отслоение лоскута с целью полного удаления поддесневых зубных отложений и патологических мягких тканей, наложением швов), лоскутная операция- пластика рецессии десны, направленная на закрытие обнаженных корней, создание благоприятных условий вокруг зубов (имплантатов), создание эстетичных корней десен, заключающаяся в проведении разреза мягких тканей, отбрасывании лоскута, подсадки трансплантата (собственной ткани), забранной из другого участка полости рта, зашивании раны. Возможно формирование лоскута, его смещение и фиксация в новом положении, наращивание костной ткани, которая заключается в удлинении коронковой части путем разреза мягких тканей под анестезией, отбрасывании лоскута с последующей хирургической обработкой костной ткани в участке костного дефекта и поверхности корня, заполнении дефекта собственной костью или костно-пластическим материалом, изоляции пародонтологической мембраной, ушивании операционной раны мягких тканей с использованием одного из шовных материалов. Хирургическое лечение заболеваний пародонта в отличие от консервативного лечения позволяет полностью удалить зубные отложения и патологически измененную ткань десны из глубоких пародонтальных карманов.

Операции по восстановлению костной ткани проводят только после стабилизации воспалительного процесса.

Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о возможных альтернативных методах лечения их недостатках и преимуществах.

Я информирован(на), что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции, его расширение, уменьшение или отказ от запланированного плана и объема.

Доктор доступно для моего понимания объяснил, что при использовании данного метода имеется вероятность возникновения непредвиденных обстоятельств, в связи с тем, что специфика медицинской услуги предполагает вмешательство в биологические процессы, не контролируемые в 100% случаев волей человека и не изученные окончательно современной медицинской наукой.

Я информирован(а) о вероятности возникновения во время проведения манипуляции и после, по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, таких осложнений как: повышенная чувствительность зубов отторжение костного, слизистого трансплантата большее оголение шеек и корней зубов, увеличение подвижности зубов с последующим их удалением, осложнения оперативного лечения, обусловленные наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области; экспозиция мембраны, которая предусматривает ее удаление; кровоточивость в послеоперационном периоде; возникновение кровоизлияния в мягкие ткани и т.п. Возникновение воспалительных, инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис), которые потребуют госпитализации в стационар; основные осложнения обусловлены в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями моего организма, а также неудовлетворительной гигиеной полости рта.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания и понимаю, что не всегда возможно поставить точный диагноз. Я осознаю, что возможно изменение объемов и сроков лечения в процессе вмешательства. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Я информирован, что следствием отказа от предложенного лечения могут быть: прогрессирование настоящего заболевания, развитие кариеса зубов и его осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов), развитие инфекционных осложнений, системные проявления заболевания, что в итоге может неблагоприятно повлиять на мое здоровье, ухудшить качество жизни.

Я понимаю, что определить промежуток времени возникновения данных осложнений не представляется возможным в связи с тем, что биологические процессы, не подконтрольны в 100% случаев воле человека, и зависят от индивидуальных особенностей моего организма, клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений.

Мне доступно разъяснены возможные отрицательные последствия отказа от данного медицинского вмешательства, и я полностью понимаю все возможные последствия такого отказа, исходящего от меня, если лечение не будет проведено.

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.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение данного анестезиологического медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечнососудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода в виде летального.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений: аллергические реакции организма на медикаментозные препараты; обморок, коллапс, шок; травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами; невралгиями и постинъекционными гематомами.

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией моего организма на него. Введение раствора проводится при помощи иглы, что может сопровождаться травмой мягких тканей и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограниченное открывание рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание может быть затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Я информирован о том, что в этих случаях, при моем правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Т.к. в этом случае он не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги (ФЗ «О защите прав потребителей») и нарушает право пациента на гуманное отношения при оказании медицинской помощи (ч.5. ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Я проинформирован(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я информирован(а) о необходимости фотографирования, рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен (а) на их проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского специалиста, участие которого в моем(моего представляемого) лечении будет необходимо. Я понимаю, что невозможно точно установить сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека, и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания медицинской помощи.

Я информирован(а), что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого терапевтического лечения.

Я осознаю, что тщательное соблюдение всех рекомендаций поможет снизить риски осложнений. Я предупрежден(а) лечащим врачом о строгом соблюдении режима во время проведения процедур и после них.

Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с протоколом процедуры.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.5 ст.19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (не нужное зачеркнуть),

\_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Я прочитал(а) данное согласие, понимаю его смысл, принимаю данные факты и настоящим уполномочиваю провести мне необходимые медицинские манипуляции.

Дата	№ зуба	Подпись пациента	Подпись врача