

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Информированное добровольное согласие на стоматологическое лечение

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения медицинских стоматологических вмешательств

Я, _____, _____ года рождения,
(фамилия, имя, отчество - полностью)
проживающий(-ая) по адресу: _____

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

Я, _____ паспорт: _____,
выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:

(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

1. Даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) следующих видов медицинских вмешательств: опрос, анкетирование; сбор анамнеза и жалоб; осмотр, консультация; медицинская помощь по стоматологии; пункция тканей полости рта; отсасывание слизи из ротоглотки; наложение повязки в полости рта; медицинские вмешательства, направленные на профилактику кариеса: все виды профессиональной гигиены полости рта, удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений; местное применение реминерализующих препаратов в области зубов; фторирование, в том числе глубокое фторирование эмали зубов, герметизации фиссур; наложение девитализирующей пасты; профессиональное отбеливание полости рта; медицинские услуги по стоматологии терапевтической: лечение кариеса, его осложнений в молочном и постоянном прикусе; все виды восстановления зубов пломбой; наложение временной пломбы; восстановление зубов вкладками, винирами, полукоронкой; все виды пломбирования корневых каналов зубов; закрытие перфорации стенки корневого канала зуба; пульпотомия; экстрипация пульпы; восстановление зубов пломбировочным материалом с использованием анкерных штифтов; снятие временной пломбы; удаление внутриканального штифта, вкладки; медицинские услуги по стоматологии хирургической: удаление зубов; периостотомия; пластики уздечек; резекция верхушки корня; вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления в полости рта; вскрытие и дренирование абсцесса полости рта; кюретаж лунки удаленного зуба; операция удаления ретинированного, дистопированного или сверхкомплектного зуба; шлифовывание твердых тканей зубов; полирование зубов; гингивэктомия; лоскутная операция в полости рта; медицинские услуги по стоматологии ортодонтической: установка и снятие ортодонтического аппарата; временное шинирование при заболеваниях пародонта; коррекция прикуса; медицинские услуги по стоматологии ортопедической; восстановление зуба коронкой; пластика альвеолярного отростка; аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта; введение лекарственных препаратов по назначению врача (в том числе применение местной анестезии).

1.1. Я также осознаю и согласен(на) с тем, что данные виды стоматологической медицинской помощи могут проводиться как под местной анестезией, так и с применением анестезиологического пособия, в том числе комбинированного ингаляционного наркоза (в том числе с применением ксенона).

2. Я информирован (а) о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, осложнениях и возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения. Я понимаю и обязуюсь сообщать медицинскому работнику о любом ухудшении самочувствия моего (представляемого лица).

3. Мне разъяснены лечащим врачом все варианты медицинских вмешательств, требующихся мне (моему ребенку) на момент составления плана лечения.

4. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных выше. Я понимаю, что в случае отказа от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных выше, лечение будет проведено не в полном объеме, что может быть недостаточным для постановки правильного диагноза и проведения лечения в полном объеме.

5. Я ознакомлен (а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в Клинике, и обязуюсь их соблюдать.

6. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (здоровьем представляемого), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов (в том числе антибиотики, противовоспалительные средства и местные анестетики), об аллергических реакциях на пищу, укусы насекомых, пыль, обо всех перенесенных мной (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе о болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или иных состояниях, о вредных для здоровья привычках, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах (в том числе принимаемых в течение последних трех месяцев и принимаемых постоянно). Я сообщил(-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я сообщил(а) сведения о наличии у меня (представляемого) сопутствующих и перенесенных заболеваний, а также ранее проводимых стоматологических вмешательствах.

Дата, ФИО, подпись, расшифровка пациента/законного представителя

7. Я информирован (а) о предполагаемом плане лечения, существующих утвержденных методиках лечения, используемых лекарственных препаратах, материалах; мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.

8. Я осведомлен (а), что в процессе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость изменения назначенного первоначально лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также необходимость назначения дополнительных исследований и процедур, которые будет необходимо пройти мне (представляемому) в процессе лечения. Все указанные изменения и дополнения будут назначаться лечащим врачом мне (представляемому) заблаговременно и разъясняться.

8.1. Я понимаю, что в силу объективных причин, в зависимости от клинической ситуации отдельные этапы лечения могут быть неэффективными и для завершения лечения и достижения положительного результата может потребоваться изменение плана лечения, включая проведение повторных медицинских вмешательств, что приведет к изменению стоимости лечения.

8.2. Мне разъяснены все риски, связанные с проведением стоматологического лечения, возможные альтернативные варианты лечения, возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; некоторые нарушения общего состояния организма, в т.ч. требующие госпитализации в стационар.

9. Я знаю, что не существует абсолютно безопасных медицинских вмешательств и любое медицинское воздействие на человека вызывает реакции организма, которые иногда могут быть непредсказуемыми. Я понимаю, что медицинские специалисты примут все возможные меры по предупреждению осложнений.

9.1. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции, нарушение чувствительности (парестезия, неврит), тризм (спазм) мышц; накусывание ребенком мягких тканей губ и щек.

9.2. Возможные последствия приема анальгетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, антибиотиков, а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры, иные индивидуальные реакции и осложнения, указанные в инструкции по применению назначенного препарата..

9.3. Возможные риски и осложнения в процессе и после терапевтического лечения молочных и постоянных зубов, а именно: безуспешность лечения корневых каналов по причине индивидуальных особенностей организма и, как следствие, необходимость повторного вмешательства; невозможность выполнить повторное эндодонтическое лечение по причине непроходимости корневых каналов; проведение хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба; поломка инструмента (файла) внутри корневого канала и невозможность его извлечения; наличие (появление) трещины или перелома корня как в ранее леченых так и не леченых корнях зуба; при пломбировании каналов в зубе возможен выход пломбировочного материала за верхушку корня, что связано с использованием для лучшего уплотнения высокотекучих материалов (выход материала в костную ткань не несет негативных последствий. Если выход материала произошел у зубов, чьи корни располагаются вблизи с верхнечелюстной пазухи (нижнечелюстного канала) необходимо провести дополнительное обследование - компьютерную томографию для точного определения положения выведенного материала относительно верхнечелюстной пазухи (нижнечелюстного канала). В случае расположения материала в непосредственной близости или внутри верхнечелюстной пазухи (нижнечелюстного канала) по ситуации либо проводится наблюдение или рекомендуется соответствующая хирургическая операция).

9.4. Возможные осложнения во время и после проведения хирургического вмешательства: кровотечение, повреждение смежных зубов, вывих или переломы челюсти, нарушение целостности верхнечелюстной пазухи (с проталкиванием фрагментов зубов), попадание фрагментов зубов и костной ткани в дыхательные пути, сохранение части корня в челюсти, чтобы не проводить обширную операцию. После проведения операции, анестезии, приема лекарств возможно возникновение дискомфорта в области удаленного зуба, продолжающееся до нескольких дней, кратковременные онемение языка, губ, подбородка, зубов, ограничение открывания рта, отек десны в области лечения, аллергические реакции и другие осложнения.

9.5. Я понимаю, что в некоторых случаях потребуются лечение лекарственными препаратами, назначаемыми лечащим врачом, физиотерапевтические процедуры. Я предупрежден(а) о возможной госпитализации моей (представляемого) в стационар в случае возникновения осложнений и состояний, требующих круглосуточного наблюдения или специализированных методов оказания медицинской помощи.

10. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы), материалы и лекарственные препараты, которые будут использованы в процессе лечения. Мне сообщено и понятно, что могут понадобиться обследования и консультации у врача(ей) общего медицинского профиля. Такие рекомендации даст лечащий врач.

10.1. Понимая сущность предложенного лечения и сложность биологического организма человека, я согласен(на), что ожидаемый результат может отличаться от полученного в результате вмешательства. В связи с этим я понимаю, что возможны случаи неблагоприятного исхода лечения. При неблагоприятном исходе лечения, явившемся следствием индивидуальной реакции организма на проведенное вмешательство и не связанном с нарушением Клиникой общепринятых правил и методик оказания соответствующих услуг, Клиника за такие осложнения ответственности не несет.

10.2. Я знаю, что строгое соблюдение назначений и рекомендаций лечащего врача является необходимым условием для успешного результата, поэтому я беру на себя обязательство соблюдать (контролировать выполнение ребенком) все требования врача. И я признаю, что несу ответственность за результаты медицинского лечения в случае отклонений от предписаний лечащего врача.

11. Я даю согласие на проведение фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

12. Я согласен(а) и разрешаю медицинскому работнику, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении (лечении лица, законным представителем которого я являюсь) в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

13. Я доверяю персоналу Клиники проведение медицинских вмешательств, указанных в п.1 настоящего согласия.

14. Мне сообщено, что проведение ряда медицинских манипуляций по купированию острой боли могут проводиться с анестезиологическим сопровождением, в том числе и под наркозом.

14.1. Я проинформирован(а) о возможных последствиях после наркоза и седации (медикаментозного сна), а именно: слабость, головокружение, кожная сыпь, сухость во рту, изменение артериального давления, тошнота, рвота, в некоторых случаях возбудимость, нарушение сна, и иные побочные эффекты, возможные при (и после) применения наркоза, а также предупрежден(а) о возможных индивидуальных реакциях на препараты для наркоза.

Настоящим я даю согласие на применение мне (представляемому) седации (наркоза) для проведения лечения

/

/« »

г.

Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Я проинформирован(а) о возможности и условиях получения бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, своей подписью я даю свое согласие на получение медицинских услуг на платной основе в данной медицинской организации, готов(а) и обязуюсь их оплатить. Я имел (а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно моего состояния здоровья (состояния здоровья представляемого), заболевания и лечения, и получил(а) на них удовлетворительные ответы.

Я, медицинский работник, свидетельствую, что разъяснил суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения лечения, дал ответы на все вопросы. Подпись удостоверяю.

ФИО пациента/законного представителя	Подпись	Дата	ФИО, должность, подпись медицинского работника