

Информированное добровольное согласие на проведение стоматологического вмешательства

« ____ » _____ 20__ г.

Я, _____, в соответствии с требованиями статьи 32 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» в обращаюсь в ООО «Александрия 24» юридический/фактический адрес нахождения: г. Москва, Пр-т Пролетарский, д.1 тел. 8-495-655-67-71 (лицензия № ЛО-77-01-018867 от 07.10.2019 г, на осуществление видов медицинской деятельности: При осуществлении доврачебной медицинской помощи по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по : ортодонтии, рентгенологии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги) : при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по : стоматологии детской. Лицензия выдана Департаментом Здравоохранения города Москвы - адрес 127006, г. Москва, Оружейный пер., д.43, тел. (499) 251-83-00), Свидетельство о регистрации юридического лица выдано Межрайонной ИФНС России №46 по г.Москве ОГРН 5167746175713, именуемое в дальнейшем "Исполнитель» в лице Генерального директора Горячевой Дианны Равшановны действующего на основании Устава для проведения стоматологического осмотра и даю согласие проведение стоматологического вмешательства осуществляемого врачом/врачами:

Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания и настоящим подтверждаю, что получил(а) детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения, план которого изложен в медицинской карте. Мне составлена полная письменная смета на лечение, которая мне разъяснена и понятна.

Мне объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риск, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне объяснены возможные сопутствующие явления планируемого лечения: длительность, боль, неудобство, припухлость лица, чувствительность к холоду и теплу, синяки на лице, под глазами, шее, долго не проходящее онемение губ, щек, подбородка. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии или после ее проведения.

Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В связи с этим, точная продолжительность лечения, в том числе и этапов зависящих от лечения (например, протезирования) может изменяться.

Я проинформирован(а), что в случае изменения плана лечения, возникает необходимость изменения сметы на лечение. Я согласен полностью оплатить все дополнительные расходы на лечение и диагностику.

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнений всех полученных от врача рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, приема лекарственных препаратов, назначенных врачом.

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

Я проинформирован(а) о важности прохождения профилактических осмотров с рентгенологическим контролем пролеченных зубов.

Я согласен(а) на применение местной анестезии, а также осведомлен(а) о возможных осложнениях во время местной анестезии и при приеме лекарственных средств.

Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений.

При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинское вмешательство без анестезии невозможно. Альтернативой является отказ от лечения.

Я также информирован(а), что негативные последствия для моего здоровья (вред жизни и здоровью), как и недостаточная эффективность оказанной медицинской помощи возможны в следующих ситуациях:

- Вследствие возрастных, наследственных, иммунологических и других особенностей моего организма;
- Вследствие несоблюдения рекомендаций (назначений) лечащего врача во время и после лечения;
- Вследствие любых моих самовольных действий (бездействий) без предварительного согласования с лечащим врачом;
- Вследствие отказа от любой составляющей медицинской помощи, назначенной лечащим врачом;
- Вследствие самовольного препятствия своевременному и полноценному оказанию мне любой составляющей медицинской помощи;
- При сокрытии от лечащего врача любых сведений, касающихся моего здоровья;
- Вследствие побочных эффектов то любой составляющей медицинской помощи;
- Вследствие случайных, непредвиденных обстоятельств;
- При курении, употреблении алкоголя в любых количествах, наркотических и психотропных средств.

Информация для пациента, планирующего проведение профессиональной гигиены полости рта

1. Я проинформирован(а), что профессиональная гигиена полости рта является неотъемлемой частью курса лечения заболевания пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса.

2. Я осведомлен(а), что после удаления зубных отложений возможно появление чувствительности эмали, дискомфорта во время приема пищи, проходящих в течение двух недель.

3. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от профессиональной гигиены полости рта могут быть: развитие или обострение имеющихся заболеваний пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений.

Информация для пациента, планирующего лечение зубов по кариесу

1. Я проинформирован(а), что при снятии старых пломб с зуба, возможно обнаружение разрушенных, некротизированных (гнилых) тканей зуба. Ликвидация этих тканей может привести к вскрытию полости зуба. В этом случае могут потребоваться дополнительные манипуляции, например – депульпирование зуба.

2. Я проинформирован(а) о том, что окончательно определиться с методом реставрации зуба возможно, только после снятия всех старых реставрационных материалов с него и ликвидации с зуба всех разрушенных участков

3. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости; появление и нарастание болевых ощущений, развитие местных осложнений, требующих эндодонтического лечения; разрушение и потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

Информация для пациента, планирующего эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба)

1. Я проинформирован(а), что эндодонтическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее я понимаю, что лечение является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Это обусловлено медицинской спецификой лечения, индивидуальными особенностями строения корневых каналов, состоянием иммунного статуса пациента.

1.1 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;
- с сильной калцификацией корневых каналов, что в некоторых случаях повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента);
- с искривлением корневых каналов.

1.11. Возможные осложнения при перелечивании зуба, покрытого коронкой, или являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного):

- необходимость снятия несъёмного протеза,
- перелом зуба, что может привести к его удалению.

1.12. После лечения и перелечивания корневых каналов необходимо восстановление верхней части зуба, т.е. постановка пломбы или коронки (по ситуации). При этом мне сообщена, разъяснена врачом и понята информация о гарантиях

2. Лечащий врач в доступной форме объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время эндодонтического лечения, а именно:

- невозможность прохождения канала зуба на всю длину по анатомическим и физиологическим причинам (выраженное искривление канала, кальцификация и облитерация просвета канала);
- перфорация стенки корня;
- поломка инструмента внутри канала и невозможность его извлечения;
- невозможность полностью распломбировать канал зуба при перелечивании; удалить инородное тело (анкерный штифт, стекловолоконный штифт).

3. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление или нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба.

Информация для пациента, планирующего протезирование зубов (ортопедическое лечение)

1. Я проинформирован(а), что перед проведением ортопедического лечения очень важно пройти необходимую подготовку (лечение зубов, лечение десен, исправление прикуса, профессиональную гигиену, отбеливание и т.д.)

2. Мне объяснено, что любой вид протезирования зубов требует адаптационного периода, длительность и выраженность которого зависит, в том числе и от состояния эмоционально-психической деятельности пациента и состояния его здоровья. Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строго соблюдать сроки, что необходимо выдерживать, для перехода к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки конструкции.

3. Я понимаю, что зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается возрастным изменениям (как при наличии протеза, так и без него), которые проявляются в обнажении зуба, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому, через какое-то время, зависящее от скорости протекания процессов старения, которые строго индивидуальны у каждого человека, возникает необходимость коррекции либо переделки протеза.

Я предупрежден, что во время адаптационного периода протез (ортопедическая конструкция), установленная мне, может вызвать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти, натирание слизистой оболочки губ и щек, нарушение речеобразования и другие дискомфортные явления. Мне известно, что адаптационный период в среднем может длиться от 2 недель до 1 месяца. При невыполнении рекомендаций ношения ортопедической конструкции и несвоевременном обращении с жалобой к лечащему врачу деньги за конструкцию, к которой я не смог привыкнуть, не возвращаются

4. 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 жевательного органа, рецидивы деструктивных процессов в зубах и тканях челюсти).

5. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от ортопедического лечения могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой после проведенного эндодонтического лечения, 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 общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейрорпатология.

6. Мне понятно, что имплантация является самым передовым методом замещения отсутствующих зубов.

Информация для пациента, планирующего хирургическое стоматологическое лечение,

в том числе и имплантацию зубов.

1. Я проинформирован(а) о соблюдении мной определенных требований непосредственно перед и после хирургического стоматологического вмешательства, а именно:

- в день хирургического стоматологического лечения рекомендуется принимать легкую пищу;
- на операцию лучше прийти в удобной свободной одежде;

- перед операцией желательно посетить туалетную комнату;
 - снизить или полностью исключить употребление табака в любых формах за 2 недели до операции и 2 недели после операции
 - после операции желательно не садиться за руль, особенно если операция проводилась под наркозом.
 - после операции необходима щадящая мягкая диета, питание должно быть полноценным и рациональным, после имплантации необходимы регулярные явки на контрольные осмотры, тщательная гигиена полости рта, выполнение всех назначений лечащего врача, информирование лечащего врача обо всех изменениях, которые могут произойти в послеоперационном периоде.
2. Мне объяснено, что после любого хирургического лечения мне необходимо быть в зоне доступности в течение 14 дней.
3. Я информирован о цели и характере предполагаемого лечения, существующих способах и методах лечения. Мне известно, что имплантация как метод подготовки полости рта к протезированию позволяет применить несъемные протезы взамен показанных при имеющейся клинической картине съемных протезов. Необходимым это хирургическое вмешательство не является.
4. Мне объяснено, что имплантат может отторгаться в связи с возможными индивидуальными особенностями моего организма. Эти особенности нельзя предусмотреть заранее, но они не связаны с проводимым лечением. В таком случае я не буду иметь материальных претензий к стоматологической клинике ООО «Александрия 24» и требовать возврата средств за проведенное лечение.

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств.

Я даю разрешение моему лечащему врачу проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические снимки), которые он сочтет необходимыми.

Я предупрежден (а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

Я предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я согласен на проведение фотосъемки полости рта во время лечения и использование ее без указания моего имени и фамилии.

Меня уведомили, что клиника и ее персонал не несет ответственности за оказанные стоматологические услуги в следующих случаях:

- Предоставления услуг по требованию пациента, расходящемуся с предложенным врачом планом лечения, о чем делается соответствующая запись в истории болезни;
- Возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее;
- Осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или развившихся в связи с несоблюдением врачебных назначений и рекомендаций;
- Переделок и исправления работ в другом лечебном заведении;
- Ремонта, порчи и исправления работы самим пациентом;
- Истечения срока гарантии на оказанные услуги;
- Иных ситуаций, предусмотренных в условиях гарантии, действующих в клинике.

Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имею.

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 и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют меня

Вариант 1. Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

Пациент _____ (_____) « ____ » _____ 20__

Врач _____ (_____) « ____ » _____ 20__

Вариант 2. Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Пациент _____ (_____) « ____ » _____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « ____ » _____ 20__ г.