**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

**Диагностическая ревизия зуба (лечение с сомнительным прогнозом)**

**в ООО Стоматологический салон «Консул»**

Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований: ст. 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункта 14, 28 Постановления Правительства РФ от 04.10.20122 № 1006  ["Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_136209/); ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Приказа Минздрава РФ от 12.11.2021 № 1051Н “Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства”

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО пациента)

проинформирован(а) моим лечащим врачом о и необходимости лечения зубов в соответствии с Предварительным планом лечения.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз и спланировать соответст­вующее лечение, не прибегая к диагностическому вмешательству. Окончательное решение лечения врач может принять только после того, как проведёт ряд подготовительных мероприятий (в зависимости от первоначального состояния зуба), в частности: снятие ортопедической конструкции, удаление литой штифтовой культевой вкладки, удаление анкерного штифта, препарирование и удаление старых пломб, кариозных тканей, размягчённого дентина из полости зуба, а также по факту наблюдения за состоянием зуба после вмешательства. Диагностическая ревизия зуба не является лечением.

При этом возможны два варианта лечения:

1. Уточнение диагноза, позволяющего выполнить консервативное лечение зуба, и в соответствии с ним выбор и согласование с пациентом тактики лечения по сохранению зуба.

Пациент в этом случае оплачивает последующее лечение согласно утвержденного или скорректированного после диагностической ревизии плана лечения.

1. В случае выявления показаний к удалению зуба (перелом, трещина, перфорации, невозможность прохождения корневых каналов, полное разрушение коронковой части зуба с отсутствием феррула, невозможность извлечения отломка инструмента в канале, вкладки, штифта, подвижность 3-4 степени, рецессия десны и т.п.) врач принимает решение об удалении зуба. В этом случае пациент оплачивает диагностическую ревизию и все фактически выполненные манипуляции по препарированию зуба, удалению старой пломбы, снятию коронок, извлечению инородных тел из зуба, временное пломбирование каналов и полостей зуба.

Далее составляется новый план лечения и после согласования с пациентом проводится соответствующее лечение. Я имел возможность отказаться от диагностической ревизии и утвердить альтернативный план лечения – удаление зуба без ревизии с последующим восстановлением целостности зубного ряда, но добровольно выбираю проведение ревизии зуба.

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет возможен и что в случае уточненного диагноза кроме непосредственно лечебных манипуляций я обязан оплатить также услугу диагностической ревизии зуба, даже если данная манипуляция будет завершена удалением зуба. В случае необходимости во время диагностической ревизии и лечебных манипуляций может быть использован стоматологический медицинский микроскоп, использование которого оплачивается дополнительно в соответствии с прайсом клиники.

Я осведомлён(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время, и после лечения, после диагностической ревизии в сочетании с основными и дополнительными методами диагностики врач поставит уточненный диагноз и проведет соответствующее лечение;

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекар­ственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболе­ваниях.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей 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 врач не сможет провести каче­ственное лечение, исключить осложнения после лечения.

Я информирован(а) о противопока­заниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

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 Листе учета дозовых нагрузок при про­ведении рентгенологического обследования.

Я информирован, что в ходе стоматологического терапевтического лечения возможно возникновение следующих осложнений, не являющихся дефектами оказания медицинской услуги – возникновение стоматита, механическое повреждение слизистой оболочки, аллергическая реакция на применяемые при пломбировании канала материалы, временное повышение чувствительности пролеченного зуба, (появление болевых ощущений при лечении биологическим методом, что потребует дополнительного лечения корневых каналов зуба), появление трещин и отломов стенок зуба вследствие особенностей применяемых пломбировочных материалов, возникновение воспалительной реакции десневого края, требующей дополнительных способов лечения, в том числе полоскания. В случае сохранения неприятных ощущений необходимо обращение к врачу-стоматологу.

Я информирован, что если стоматологическое лечение проводится под местной анестезией, применение которой может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги - гематома (кровоизлияние) в месте укола, эрозия в месте укола, аллергическая реакция на обезболивающие вещество (сыпь, отёк мягких тканей, анафилактический шок),токсическая реакция на обезболивающее вещество (тошнота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации).

В доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения.

Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение использовать труд любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я понимаю, что ожидаемый мною положительный результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответст­вующей квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответст­вующих стандартов и протоколов лечения. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка, удаление или замена стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. пациента)

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата оформления"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 (подпись) (ФИО)

Данное Информированное Добровольное Согласие является неотъемлемой частью медицинской карты