**Информированное согласие на лечение глубокого кариеса**

**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”

Мне\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество пациента или законного представителя)

|  |
| --- |
| Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О) являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения  |

предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом лечении глубокого кариеса.

Я понимаю, что в данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз (глубокий кариес или хронический пульпит) с спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству. Окончательное решение по плану лечения врач может принять только после удаления размягченных тканей из кариозной полости. При этом возможно несколько вариантов дальнейшего лечения:

- наложение лечебной прокладки с последующим восстановлением зуба;

- наложение лечебных прокладок в два этапа с временных восстановлением зуба и наблюдением за течением заболевания в течение нескольких месяцев (от 3 до 12) под рентгенологическим контролем через 3-6-12 месяцев;

- эндодонтическое лечение корневых каналов с последующим пломбированием и восстановлением зуба в 2-6 посещений.

- хирургическое вмешательство.

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того какой вариант лечения будет возможен и что в случае уточненного диагноза «пульпит» кроме самой пломбы я обязан оплатить также все проведенные манипуляции по лечению корневых каналов согласно прайсу исполнителя на момент оказания услуг.

Я осведомлена(а) о последствиях отказа от лечения, об альтернативных методах лечения и о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после лечения:

1. при лечении с сохранением пульпы возможно появление болевых ощущений, при этом врач вынужден будет провести эндодонтическое лечение;

2. появление болей может возникнуть и в более отдаленный период. И это тоже приведет к эндодонтическому лечению;

3. при игнорировании жалоб и нарушении графика контрольных осмотров с рентгенологическим исследованием в последующем может обнаружится некроз пульпы с возникновением воспаления околокорневых тканей — периодонтит.

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

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).

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 понимаю необходимость рентгенологического контроля во время лечения, я обязуюсь приходить на контрольные осмотры два раза в год и следить за гигиеной полости рта.

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

Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Я получил (а) полную информацию о гарантийных сроках, действующих в ООО Стоматологический салон «Консул»: на лечение кариеса 6-12 месяцев в зависимости от гигиенических индексов и общего состояния здоровья, клинической ситуации.

Я также проинформирован (а) о необходимости проведения физиотерапевтического лечения в комплексном оказании стоматологической помощи и понимаю цели его проведения.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне (моему ребенку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) лечения глубокого кариеса.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Номер зуба | Диагноз | Ф.И.О. и подпись врача  | Подпись пациента или его законного представителя |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения глубокого кариеса на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДАТА « » 20 г.

 (подпись врача) (ФИО полностью)