

Информированное добровольное согласие на лечение кариеса

Я, ____ Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя ____ дата рождения гражданина или законного представителя ____, зарегистрированный по адресу: ____ адрес регистрации гражданина либо законного представителя ____, проживающий по адресу: ____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации) ____ В ОТНОШЕНИИ ____ Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем) ____ дата рождения пациента (при подписании законным представителем) ____, проживающего по адресу: ____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя) ____ даю согласие на оказание медицинской помощи в ____ полное наименование медицинской организации ____

Я получил(а) от моего лечащего врача – стоматолога-терапевта ____ Фамилия Имя Отчество ____ всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении.

Врач сообщил и разъяснил информацию о сути лечения, установил диагноз ____ диагноз ____ . В процессе лечения допускается уточнение диагноза.

Врачом рекомендован индивидуальный план лечения, однако допускается коррекция намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения:

- кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования);
- кариозное поражение, которое кажется небольшим, может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а следовательно, потребуются реставрация значительной части зуба или постановка коронки (по ситуации) и др., о чем врач должен уведомить пациента.

Врачом может быть предложен альтернативный вариант – удаление пораженного зуба (зубов) при наличии противопоказаний для лечения.

Мне разъяснены возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения: прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); нарушение общего состояния организма и др.

Я проинформирован(а) и понимаю, что для эффективного лечения могут понадобиться: получение ортопантограммы, прицельного детального снимка; консультация стоматолога(-ов) иного профиля; консультация у врача(-ей) общего профиля.

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 медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

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.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы,

отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я предупрежден(а) о возможных последствиях приема анальгетиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов.

Я предупрежден(а) о возможных осложнениях после постановки пломбы: воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, если слой дентина тонкий (глубокий кариес). В этом случае потребуются снять поставленную пломбу, пролечить каналы, поставить новую пломбу.

Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, об имеющихся заболеваниях, в том числе хронических, о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Врач сообщил и разъяснил информацию о гарантиях.

С врачом согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. Я понимаю, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

Я проинформирован(а) и понимаю, что условием эффективного лечения является выполнение плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Пациент (его законный представитель)

Подпись

Фамилия Имя Отчество

Врач – стоматолог-терапевт

Подпись

Фамилия Имя Отчество

«___» _____ Г.