

ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1 г. Белгорода»

Информированное добровольное согласие на лечение кариеса и некариозных заболеваний твердых тканей зубов

Я, _____ (ф.И.О. пациента), г.р., проживающий (-щая) по адресу: _____, находясь на лечении (обследовании), на основании статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для получения медицинской помощи в ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1 г. Белгорода» даю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства: на лечение кариеса и некариозных заболеваний твердых тканей зубов и прошу персонал медицинского учреждения о его проведении.

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника) (далее – врач) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ней риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Врач поставил мне диагноз _____ (допустимо уточнение диагноза в процессе лечения), а также разъяснил в доступной для меня форме информацию о сути лечения _____ (зуба(-ов)).

Врач предложил и в доступной форме разъяснил мне индивидуальный план лечения. Мне понятна допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе их проведения:

- дефект твердых тканей, который кажется небольшим, в действительности может оказаться больше, а, следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования);
- при обширном кариозном поражении возможно возникновение необходимости лечения корневых каналов.

Врач сообщил мне обо всех альтернативных вариантах лечения: удаление зуба, реставрация различными материалами, покрытие зуба коронкой при индексе разрушения окклюзионной поверхности зуба более 50 %, изготовление ортопедической вкладки, винира.

Возможные варианты последствий (осложнения), риски, время их развития и исчезновения, методы и результаты коррекции:

- возникновение постоперативной чувствительности или боль при накусывании, вследствие чего может возникнуть необходимость замены пломбы;
- пульпит – может возникнуть в любой срок, требует обязательного лечения каналов зуба;
- скол стенки зуба – может возникнуть в любой срок, требуется лечение каналов, восстановление коронки зуба вкладкой или коронкой, в случае скола под десну показано удаление;
- изменение цвета пломбы – может возникнуть в любой срок, требуется повторная реставрация;
- обострение герпетической инфекции.

Мне разъяснено, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма.

Я поставил (-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Мне разъяснено, что перед медицинским вмешательством я имею право отказаться от него или потребовать его прекращения за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я предупрежден и осознаю, что отказ от медицинского вмешательства, его прекращение по моему требованию, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций врача, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья (неизбежно прогрессирование разрушения зуба, появление и усиление болевых ощущений, развитие осложнений – пульпита, затем периодонтита, остеомиелита, потеря зуба, нарушение общего состояния).

Я извещен о необходимости немедленно сообщать врачу о любом ухудшении моего самочувствия.

Мне в доступной для меня форме разъяснено и понятно, что условием эффективного лечения (использованием результата оказанных медицинских услуг) является выполнение мною всех данных мне рекомендаций врача, а именно: необходимо посещение стоматолога 1 раз в 6 месяцев для

Подпись _____

профилактического осмотра, соблюдение гигиены полости рта, полировка реставрационных поверхностей ежегодно, рекомендована полная санация полости рта, рациональное протезирование, своевременное лечение заболеваний пародонта, лечение сопутствующих заболеваний.

Мне разъяснена и понятна информация о гарантиях. Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

Мне разъяснено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться рентгенологические обследования: ортопантограмма, прицельный пленочный снимок, компьютерная томография. Их проведение мне гарантировано в соответствии с требованиями СанПин.

Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Я согласен (согласна) на применение анестезии и соответствующих анестетиков за исключением _____ (указать какие, либо без исключений).

Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях, с учетом сохранения врачебной тайны.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, иным лицам:

(Ф.И.О.) _____

Я согласен (согласна), что в случае наступления осложнений после оказания мне услуги в качестве допустимых последствий такого вмешательства, их устранение осуществляет ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1 города Белгорода».

Я имел (-а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил (-а) исчерпывающие ответы.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю свое информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства и лечение на предложенных условиях.

Подпись _____ Ф.И.О. гражданина _____ Подпись _____ Ф.И.О. мед. работника _____

" " 20 ____ г. (дата оформления информированного добровольного согласия)

Этот раздел заполняется в случае отказа от медицинского вмешательства

От подписи бланка добровольного информированного согласия на отказ от проведения медицинского вмешательства отказался (отказалась):

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

" " 20 ____ года

Дата	Диагноз	Подпись врача	Подпись пациента