

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ
МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство; Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и я согласен(на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____ г.р., настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство _____ г.р.

в СПб ГБУ «Стоматологическая поликлиника №12», а именно на лечение кариеса, в дальнейшем «лечение». Мне, согласно моей воле, сообщен диагноз, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

В соответствии с Порядком установленным Приказом Минздрава России от 12.11.2021г №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, перед оформлением информированного добровольного согласия, предоставлена в доступной форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о **цели лечения**, а именно полное удаление кариозного очага инфекции, который в случае не лечения в дальнейшем может способствовать развитию пульпита, периодонтита.

Со мной согласован **Индивидуальный План Лечения**, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом.

Мне понятен **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, который заключается в удалении поражённых тканей зуба(ов) с последующим наложением пломбировочного материала, формирующего поверхность зуба.

Я понимаю, что уточнение диагноза в процессе лечения допустимо.

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, соответственно фактические результаты могут отличаться от предполагаемых результатов.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. В частности,

кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться значительным, следовательно, что приведет к увеличению площади обработки зуба, и соответственно к увеличению объема его восстановления (пломбирования), возможно потребуются ортопедическое лечение.

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны варианты медицинского вмешательства (**альтернативные варианты лечения**), а именно:

удаление пораженного зуба (пораженных зубов); применение других пломбировочных материалов; наблюдение за пораженным зубом;

Мне сообщены, разъяснены врачом возможные **негативные последствия в случае полного или частичного отказа** от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; пульпит, периодонтит, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; нарушения общего состояния организма.

Мне сообщены **последствия медицинского вмешательства**, возможные **осложнения** и риски, связанные с лечением, обезболиванием и приемом лекарств, в том числе:

травма мягких тканей полости рта стоматологическим инструментарием и оборудованием;
возможно наличие болевых ощущений в области леченого зуба;
возможно временное ощущение отсутствия смыкания зубов.

Возможны осложнения **под влиянием анестезии**, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, поломка иглы, гематома, снижение внимания, аллергические реакции, невралгия, онемение (возможно не проходящее), потеря чувствительности в области языка, губ, глаза и других мягких тканей лица), тризм (ограниченное открывание рта), обморок, повышение артериального давления, коллапс, осложнения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы, вплоть до смертельного исхода.

Возможные **осложнения (риски)** после постановки пломбы, а именно: при обработке пораженного дентина возможно вскрытие пульпарной камеры, что повлечет за собой эндодонтическое лечение корневых каналов зуба. В таком случае зуб необходимо будет депульпировать. В случае возникновения пульпита и/или периодонтита эндодонтическое лечение, депульпирование (удаление нерва) и лечение корневых каналов будет проведено за отдельную плату.

Врач объяснил мне, что могут быть осложнения местного характера: боль, неприятные ощущения в зубах во время и после постановки пломбы, чувство жжения в полости рта, появление чувствительности зубов после лечения, временное ощущение отсутствия смыкания зубов, перелом стенки зуба при его обширном разрушении коронки; перелом зуба с возможным последующим его удалением в случае, если зуб не подлежит восстановлению; воспаление сосудисто-нервного пучка зуба, как осложнение кариозного процесса, с последующим лечением корневых каналов.

Могут наблюдаться сколы, переломы пломб, зубов; развитие вторичного кариеса. Для устранения этих повреждений может понадобиться коррекция или постановка новой пломбы, ортопедическое лечение, удаление зуба. В случае возникновения пульпита или периодонтита эндодонтическое лечение, депульпирование и лечение корневых каналов будет проведено за отдельную плату.

Я предупрежден, что после прекращения действия анестезии и окончательного восстановления чувствительности возможно возникновение ощущения, что установленная пломба мешает, в этом случае пациент обязан явиться на прием для окончательной полировки пломбы.

Я предупрежден, что в случае временного ощущения отсутствия смыкания зубов необходимо явиться на прием для окончательной полировки пломбы.

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата _____

Подпись пациента _____

или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства):

Подпись врача: _____

Дата лечения	№ зуба	Врач	Подпись врача	Подпись пациента