Приложение к амбулаторной карте №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г. г. Мурманск

**Информированное добровольное согласие на проведение стоматологического вмешательства**

Я, пациент,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или Законный представитель несовершеннолетнего лица (пациента в возрасте до 15 лет) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями статьи 32 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» даю  согласие на проведение стоматологического вмешательства, осуществляемого врачом стоматологической клиники ООО «Семейная стоматология».

 Я проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания и настоящим подтверждаю, что получил(а) детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения, план которого изложен в медицинской карте.

 Мне объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риск, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

 Мне объяснены возможные сопутствующие явления планируемого лечения: длительность, боль, неудобство, припухлость лица, чувствительность к холоду и теплу, синяки на лице, под глазами, шее, долго не проходящее онемение губ, щек, подбородка. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии или после ее проведения.

 Мне объяснены принципы лечения зубов, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: устранение факторов, обусловливающих процесс разрушения тканей зуба; предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса; сохранение и восстановление анатомической формы и функции зуба; предупреждение развития патологических процессов и осложнений.

 Мне разъяснено, что в процессе препарирования зуба (удаления пораженных тканей с помощью бора), может измениться диагноз и тактика лечения.

 Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В связи с этим, точная продолжительность лечения, в том числе и этапов зависящих от лечения (например, протезирования) может изменяться.

 Я проинформирован(а), что в случае изменения плана лечения, возникает необходимость изменения сметы на лечение. Я согласен полностью оплатить все дополнительные расходы на лечение и диагностику.

 Я проинформирован(а), что стоматологическое вмешательство может привести к потертостям и трещинам в области углов рта в течении нескольких дней.

 В случае появления любого дискомфорта Вы должны сообщить лечащему врачу об этом.

**Информация для пациента, при проведении местной анестезии**

1. Я проинформирован(а), что применение местной анестезии может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги: возникновению гематомы (кровоизлияния) в месте укола, обусловливающей неприятные ощущения в области укола, эрозии в месте укола, аллергической реакции немедленного типа на обезболивающие вещество (появление на коже пятен, сыпи, отёка мягких тканей, анафилактического шока), токсической реакции на обезболивающее вещество (тошнота, рвота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации), истерической реакции, развитию длительного онемения в области укола, обусловленного попаданием препарата в нерв, кровотечения, гипертензии, обморока, коллапса, судорожных состояний, стенокардии, вызвать приступ бронхиальной астмы, эпилепсии, кашля, аритмии, острую дыхательную недостаточность и др..

**Информация для пациента, планирующего проведение профессиональной гигиены полости рта**

1. Я проинформирован(а), что профессиональная гигиена полости рта является неотъемлемой частью курса лечения заболевания пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса.

2. Я осведомлен(а), что после удаления зубных отложений возможно появление чувствительности эмали, дискомфорта во время приема пищи, проходящих в течение двух недель.

3. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от профессиональной гигиены полости рта могут быть: развитие или обострение имеющихся заболеваний пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений.

**Информация для пациента, планирующего лечение зубов по кариесу**

 1. Я проинформирован(а), что при снятии старых пломб с зуба, возможно обнаружение разрушенных, некротизированных (гнилых) тканей зуба. Ликвидация этих тканей может привести к вскрытию полости зуба. В этом случае могут потребоваться дополнительные манипуляции, например – депульпирование зуба.

2. Я проинформирован(а) о том, что окончательно определиться с методом реставрации зуба возможно, только после снятия всех старых реставрационных материалов с него и ликвидации с зуба всех разрушенных участков.

3. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости; появление и нарастание болевых ощущений, развитие местных осложнений, требующих эндодонтическое лечения; разрушение и потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

4. Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, а именно удаление пораженного зуба, или не проведение лечение как такового.

5. Я информирован(а), что после лечения кариеса зубов возможны осложнения: травма слизистой десны, отлом стенки зуба, вскрытие полости зуба, развитие хронического пульпита при лечении глубоких форм кариеса. После лечения кариеса может появиться повышенная чувствительность зуба при жевании, к холодному, горячему, кислому, что обычно проходит в течении нескольких дней.

**Информация для пациента, планирующего эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба) пульпита, периодонтита, пародонта**

 Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для дезинфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата. Проведение эндодонтического лечения может потребовать несколько этапов, это зависит от состояния зуба в предшествующий лечению период, от анатомических особенностей системы корневого канала, от состояния иммунитета пациента.

 Положительный результат эндодонтического лечения в виде исчезновения воспаления в области верхушки корня проявляется в период от 3-х до 12-ти месяцев.

 Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

1. Я проинформирован(а), что эндодонтическое лечение является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Это обусловлено медицинской спецификой лечения, индивидуальными особенностями строения корневых каналов, состоянием иммунного статуса пациента.

2. Лечащий врач в доступной форме объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время эндодонтического лечения, а именно: ощущение дискомфорта после лечения; боли при нагрузке на вылеченный зуб, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор при необходимости назначит лекарственные препараты или назначит физиотерапевтическое лечение за дополнительную плату; поломка эндодонтического инструмента, который может быть (по усмотрению врача) оставлен в леченом канале или может потребоваться его хирургическое удаление; отек десны в области леченого зуба или лица после лечения вследствие реакции периапекальных тканей; перфорация корневого канала инструментом; перелом корня зуба, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к удалению зуба; послепломбировочные боли; контрактура (ограниченное открывание рта); прогрессирование воспалительного процесса с развитием острой одонтогенной инфекции и ее осложнений. парэстезии (нарушение чувствительности); выведение пломбировочного материала за верхушку корня и попадания материала в нижнечелюстной канал или в верхнечелюстную пазуху; химический ожег слизистой при обработки слизистой; эмфизема мягких тканей; перфорация гайморовых пазух; невозможность прохождения корневого канала из-за сложного анатомического строения зуба (выраженное искривление канала, кальцификация и облитерация просвета канала, несформированная верхушка корня); перелечивание корневых каналов зуба; резорбция корня; аллергические реакции; прогрессирование уже существующей патологии и др.

3. Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и его нужно будет защищать от перелома путем восстановления пломбой и коронкой (до 3-х месяцев).

4. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление или нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба.

**Информация для пациента, при оказании хирургического лечения**

 Возможные альтернативные варианты: отказ от лечения.

 Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; нарушения общего состояния организма.

 Возможные осложнения в процессе лечения: дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей;
кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; повреждение соседних зубов и пломб;
натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием; повреждение нерва, приводящее к онемению или
подергиванию губы, онемению подбородка, десен, зубов, языка в оперированном участке (это может продлиться несколько
месяцев или остаться постоянным); перелом челюсти; на верхней челюсти при неблагоприятном анатомическом состоянии верхнечелюстных пазух, образование сообщений между лункой зуба и пазухи, что может повлечь к развитию синусита.

 Луночковые боли после удаления зуба, развитие альвеолита, связанны с особенностями развития воспалительного процесса, индивидуальными защитными функциями или особенностями организма, либо с выполаскиванием из лунки кровяного сгустка.

 *Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют меня.*

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_