

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА(ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО И
ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В ГАУ РО «СП»**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ года рождения, проживающий (-ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____, паспорт _____
(Фамилия, Имя, Отчество)(серия, номер) выдан _____
дан _____
(указать кем выдан, дату выдачи)
являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

получил (а) разъяснения по поводу моего диагноза _____
(вписать диагноз)

Мне предоставлена полная информация о плане и особенностях основных этапов обследования и лечения и связанных с ними рисками

(вписать индивидуальный план обследования и лечения)

Я согласен на проведение стоматологического вмешательства врачами разных специальностей ГАУ РО «СП».

Мне даны подробные рекомендации по уходу и подготовке полости рта к лечению, я понимаю, что их несоблюдение может отрицательно сказаться на ходе дальнейшего лечения и состоянии моего здоровья в целом.

Со мной согласовано проведение местного обезболивания при осуществлении терапевтического и (или) хирургического лечения; выбор метода и препаратов для обезболивания предоставляю врачу.

Мне названы возможные побочные эффекты и осложнения, связанные особенностями течения самого заболевания, непредсказуемыми индивидуальными реакциями организма, а также невыполнением рекомендаций врачей в ходе и после лечения:

- гематома после инъекции анестетика;
- постпломбировочные боли при накусывании;
- появление отека мягких тканей или увеличение имеющегося отека после терапевтического вмешательства;
- необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зубов;
- необходимость удаления зуба в случае неэффективности терапевтического метода;
- возникновение периодонтальных явлений и изменение рентгенологической картины после пломбировки каналов с плохой проходимостью, или при наличии коллатеральных каналов;
- возможное попадание пломбировочного материала на верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани, полости и каналы при эндодонтическом лечении зубов;
- отлом коронковой части зуба при циркулярном кариесе;
- возможность изменения цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свекла, вишня);
- возможность отлома эндодонтических инструментов в труднопроходимых каналах;
- возможность перфорации корня зуба;
- при наличии желудочно-кишечных заболеваний возможно появление темной полосы между пломбой и тканями зуба;
- развитие осложненных форм кариеса (пульпит, периодонтит) после лечения глубокого кариеса;
- отек, гиперемия, боли, зуд, повышение температуры;
- индивидуальная непереносимость назначенных медикаментозных средств;
- повторный воспалительный процесс пародонта вследствие неудовлетворительного гигиенического ухода за полостью рта;
- увеличение подвижности зубов;
- непрогнозируемый переход процесса из локализованной формы в генерализованную.

Я предупрежден (а), что в процессе медицинского вмешательства могут быть нештатные ситуации, предвидеть которые в момент оформления данного документа не представляется возможным. В этих случаях я предоставляю врачам ГАУ РО «СП» действовать по своему усмотрению, если это не повредит моему здоровью (даже если это связано с определенными для меня дискомфортом и неудобствами).

Я извещен (а) о возможных последствиях в случае отказа от рекомендуемого плана лечения или частичного его выполнения.

Мною предоставлены сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в т.ч. аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех имеющихся заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передающихся половым путем, принимаемых лекарственных препаратах, травмах, операциях.

Мне подробно и понятно разъяснено, что в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами) лечения при стоматологических заболеваниях во время или после лечения возможны следующие исходы медицинского вмешательства:

Заболевание	Частота развития исходов лечения (%)*			
	Компенсация функций, выздоровление	Стабилизация процесса	Развитие ятрогенных осложнений	Развитие нового заболевания, связанного с основным
Кариес	50	30	10	10
Пульпит	10	70	10	10
Периодонтит	60	20	10	10
Пародонтит	40	50	5	5
Гингивит	90	4	1	5
Гингивит Венсана	95	0	1	4
Альвеолит	91	5	3	1
Перикоронит	70	15	10	5
Периостит	90	5	3	2
Эритроплакия	5	5	10	80
Лейкоплакия	60	15	20	5
Лейкедема	35	35	25	0
Перелом нижней челюсти	85	0	7	8
Частичное отсутствие зубов	80	10	5	5
Полное отсутствие зубов	72	20	5	3

*См. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при стоматологических заболеваниях

На все касающиеся состояния моего здоровья, заболевания и лечения вопросы, я получил (а) исчерпывающие ответы.

Я своевременно информирован (а) о возможности получения бесплатной медицинской помощи в порядке и на условиях, предусмотренных Федеральной и Территориальной программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

С Прейскурантом на стоматологические услуги, действующим в ГАУ РО «СП» на момент подписания ИДС, ознакомлен (а). Об альтернативных методах лечения и их примерной стоимости информацию имею.

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан, назначение данного документа мне понятно. Содержащаяся в нем информация достаточна по объему, изложена в доступной форме, значение всех терминов мне разъяснено.

Я даю добровольное согласие на медицинское вмешательство на предложенных мне условиях.

« _____ » _____ 20 _____
 (дата заполнения документа) (подпись пациента/законного представителя)

_____ (расшифровка подписи)

_____ (должность врача с указанием специализации)

_____ (подпись врача)

_____ (расшифровка подписи)

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий врач с последующим уведомлением главного врача ГАУ РО «СП».

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий врач с последующим уведомлением главного врача.

Дополнительная информация:

« ____ » _____ 20 ____

(должность врача с указанием специализации)

(подпись врача)

(ФИО врача)

Консилиум врачей в составе:

(должность врача с указанием специализации)

(подпись врача)

(ФИО врача)

(должность врача с указанием специализации)

(подпись врача)

(ФИО врача)

(должность врача с указанием специализации)

(подпись врача)

(ФИО врача)

« ____ » _____ 20 ____