

## **Информированное добровольное согласие на проведение стоматологического вмешательства**

1. Я **Зубарев Александр Борисович**, в соответствии с требованиями статьи 32 "Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан" даю согласие на проведение стоматологического вмешательства осуществляемого врачом стоматологической клиники "Смайл-Дент".

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 составлена полная письменная смета на лечение, которая мне разъяснена и понятна.

Мне объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риск, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, так же 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, неудобства, 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 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 (паример, 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.

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, а так же выполнений всех полученных от врача рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, приема лекарственных препаратов назначенных врачом.

Я проинформирован (а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я проинформирован (а) о важности прохождения профилактических осмотров с рентгенологическим контролем пролеченных зубов.

### **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, преедотвращающей развитие кариеса.

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

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

### **Информация для пациента, планирующего эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба)**

1. Я проинформирован(а), что эндодонтическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее я понимаю, что 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:

- невозможность прохождения канала зуба на всю длину по анатомическим и физиологическим причинам (выраженное искривление канала, кальцификация и облитерация просвета канала);
- перфорация стенки корня;
- поломка инструмента внутри канала и невозможность его извлечения;
- невозможность полностью распломбировать канал зуба при перелечивании; удалить инородное тело (анкерный штифт стекловолоконный штифт).

3. 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, планирующего протезирование зубов (ортопедическое лечение).**

1. Я проинформирован(а), что перед проведением ортопедического лечения очень важно пройти необходимую подготовку (лечение зубов, лечение десен, исправление прикуса, профессиональную гигиену, отбеливание и т.д.)

2. Мне объяснено, что любой вид протезирования зубов требует адаптационного периода, длительность и выраженность которого зависит, в том числе и от состояния эмоционально-психической деятельности пациента и состояния его здоровья.

3. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа, рецидивы деструктивных процессов в зубах и тканях челюсти).

4. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от ортопедического лечения могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, невропатология.

5. Мне понятно, что имплантация является самым передовым методом замещения отсутствующих зубов.

**Информация для пациента, планирующего хирургическое стоматологическое лечение, в том числе и имплантацию зубов.**

1. Я проинформирован(а) о соблюдении мной определенных требований непосредственно перед и после хирургического стоматологического вмешательства, а именно:

- в день хирургического стоматологического лечения рекомендуется принимать легкую пищу;
- на операцию лучше прийти в удобной свободной одежде;
- перед операцией желательно посетить туалетную комнату;
- снизить или полностью исключить употребление табака в любых формах за 2 недели до операции и 2 недели после операции
- после операции желательно не садиться за руль, особенно если операция проводилась под наркозом.
- после операции необходима щадящая мягкая диета, питание должно быть полноценным и рациональным, после имплантации необходимы регулярные явки на контрольные осмотры, тщательная гигиена полости рта, выполнение всех назначений лечащего врача, информирование лечащего врача обо всех изменениях, которые могут произойти в послеоперационном периоде.

2. Мне объяснено, что после любого хирургического лечения мне необходимо быть в зоне доступности в течение 14 дней.

3. Я информирован о цели и характере предполагаемого лечения, существующих способах и методах лечения. Мне известно, что имплантация как метод подготовки полости рта к протезированию позволяет применить несъемные протезы взамен показанных при имеющейся клинической картине съемных протезов. Необходимым это хирургическое вмешательство не является.

4. Мне объяснено, что имплантат может отторгаться в связи с возможными индивидуальными особенностями моего организма. Эти особенности нельзя предусмотреть заранее, но они не связаны с проводимым лечением. В таком случае я не буду иметь материальных претензий к стоматологической клинике «Смайл - Дент» и требовать возврата средств за проведенное лечение. /

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств.

Я даю разрешение моему лечащему врачу, проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические снимки), которые он сочтет необходимыми.

Я предупрежден (а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

Я предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имею.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.

*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.**

Подпись пациента

Зубарев

Зубарев Александр Борисович

Подпись врача

\_\_\_\_\_ Баранова Е. В.

Дата 28.03.2024