

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

«Медицинское вмешательство – это любое обследование, лечение или иное действие, преследующее профилактическую, лечебную или реабилитационную цель, выполняемое врачом или иным производителем медицинских услуг (определение ВОЗ, 1994 год)».

(Основание: ст. 19, 20, 22 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее-Закон).

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

Находясь на лечении в БУ «Нижевартовская городская стоматологическая поликлиника», по моему добровольному желанию прошу провести мне все необходимые диагностические исследования и мероприятия, лечебные манипуляции и процедуры, а при необходимости – операции, связанные с лечением моего заболевания.

1. Я получил(а) от моего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого метода лечения.

2. Мне предложен план обследования и лечения, даны полные разъяснения о характере, целях и продолжительности, возможных неблагоприятных эффектах диагностических процедур, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

3. Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований, операций. Я доверяю врачам принимать необходимые в этих случаях решения, в соответствии с их профессиональными суждениями, и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

4. 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 понимаю, что бывают случаи возникновения постпломбировочных болей, отеков, удаление зубов в связи с развившимися осложнениями и прочее.

5. Я проинформирован(а) об альтернативных методах лечения. Я ознакомлен(а) с планом предстоящего лечения и действием применяемых лекарственных препаратов. Я предупрежден(а) о возможном изменении методов лечения в случае непереносимости мною некоторых препаратов.

6. мне известно, что во время терапевтического (или хирургического) лечения могут быть выявлены заболевания или их особые формы, которые потребуют изменения объема медицинского вмешательства, на что я даю свое добровольное согласие.

7. Я согласен на рентгенологическое обследование в необходимом объеме для полноценного лечения.

Мне даны разъяснения о действии рентгеновских лучей во время беременности и возможных последствиях.

8. Мне сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор которой производится лечащим врачом, и даю на это согласие. Я понимаю, что всегда имеется риск при применении анестезии, и такой риск мне был полностью объяснен. Я даю на это согласие.

9. Я предупрежден(а) о том, что во время операции и/или после нее могут возникнуть осложнения, связанные с хирургическим вмешательством.

10. Мне разъяснены последствия, возникающие в случае моего отказа от медицинского вмешательства. Мне известно, что отказ от медицинского вмешательства в соответствии со ст. 20 Закона оформляется в медицинской документации и подписывается мною или законным представителем, а также медицинским работником.

11. Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья.

12. Я подтверждаю, что прочитал(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и возможные осложнения. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие меня ответы, и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

13. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства в БУ «Нижевартовская городская стоматологическая поликлиника».

Пользуясь правом, данным мне ст. 13 Закона, Я, _____
(Ф.И.О.)

разрешаю давать информацию о моем заболевании характере, прогнозе и ожидаемых результатах, возможных последствиях, а также любые другие сведения о моем здоровье)

(Ф.И.О., адрес, телефон)

Дата	Подпись пациента	Подпись врача	Дата	Подпись пациента	Подпись врача
« » 20 г.			« » 20 г.		
« » 20 г.			« » 20 г.		
« » 20 г.			« » 20 г.		
« » 20 г.			« » 20 г.		
« » 20 г.			« » 20 г.		

Информированное добровольное согласие на применение местной инъекционной анестезии

Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной операции могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области.

Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений.

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев вид медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения.

Современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

При проведении местной инъекционной анестезии результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне местной инъекционной анестезии.

Информированное добровольное согласие на рентгенографическое исследование

Рентгенодиагностика используется для подтверждения, а иногда и постановки медицинского диагноза, необходимых для правильного лечения зубов. Рентгеновские исследования помогают контролировать процесс лечения зубов, точность лечения зубов.

С помощью рентгеновская диагностика интероральным способом можно определить наличие или отсутствие заболеваний зубов и всех окружающих зуб тканей. Интероральная рентгенодиагностика – это контактный метод выявления проблем в ротовой полости. Во время проведения процедуры во рту пациента особым образом располагается кусочек рентгеновской пленки, заключенный в светонепроницаемую упаковку и пакетик, не пропускающий влагу. Для получения качественного снимка пациент либо прикусывает часть пленки зубами, либо придерживает ее пальцами, либо фиксирует с помощью специального приспособления. Все зависит от того, какой именно снимок необходимо получить – жевательной поверхности зуба, всего зуба либо части его корня.

Максимально допустимая доза радиации для человека – 150 мЗв в год (миллизиверт). Её получают только люди, нуждающиеся в регулярном рентгенологическом контроле или по жизненным показаниям (авария, тяжёлая травма, внутреннее кровотечение). Естественный годовой фон составляет порядка 4 мЗв. При исследовании на дентальном рентгене доза облучения составляет 0,04-0,350 мЗв на 1 снимок. Поэтому дентальный рентген не только эффективен, но и безопасен.

Основными противопоказаниями для применения рентгенодиагностики являются: заболевания щитовидной железы, тяжелые повреждения печени и почек, активный туберкулез, поражения сердечной мышцы, нарушения сердечного ритма, высокое или пониженное артериальное давление, повышение свертываемости крови, общее тяжелое состояние больного, беременность, заболевания головного мозга.

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с его дальнейшим развитием, а также необходимость проведения рентгенографического исследования. Я понимаю и признаю необходимость выполнения следующих диагностических или лечебно-диагностических процедур с использованием лучевых методов.

Мне разъяснены и понятны риск, возможные осложнения и последствия исследования(ий), которые могут потребовать дополнительных вмешательств или лечения.

Я уполномочиваю врачей, имеющих соответствующую подготовку и сертификат, выполнить указанные процедуры, а в случае возникновения осложнений осуществить необходимые медицинские действия для улучшения моего состояния. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом и полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Информированное добровольное согласие на ортопедическое лечение

Ортопедическое лечение имеет своей целью долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическую реабилитацию. Я понимаю, что протезирование – это заключительный этап лечения, для эффективности которого потребуется проведение ряда мероприятий: это депульпирование, сошлифовывание зубов, коррекция прикуса, устранение парафункций мышц, лечение височно-нижнечелюстных суставов, ряд хирургических (коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, уздечек и др.) и пародонтологических вмешательств.

Я ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования.

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). Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть: перелом зуба при отказа от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утра-та зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта; анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи.

При наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта. И данные осложнения не являются гарантийным случаем для переделки данной работы.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов.

Меня предупредили, что в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

Приложение 3
к приказу № ___ от «__» _____ 2015 г.

«УТВЕРЖДАЮ»
Главный врач
БУ «Нижевартовская городская
стоматологическая поликлиника»
И.В.Чураков
«__» _____ 2015 г.

Приложение к амбулаторной карте стоматологического пациента № _____

**Информированное добровольное согласие на проведение комплексного
лечения с использованием стоматологических имплантатов,
костнопластических и костнореконструктивных операций.**

**Пожалуйста, внимательно прочитайте каждый пункт и задайте врачу необходимые
вопросы, прежде чем поставить подпись.**

Дата заполнения «__» _____ 200__ г.

Фамилия Имя Отчество

1. Даю согласие на проведение мне операции стоматологической имплантации внутрикостных (эндооссальных), стоматологических имплантатов, костнопластической, костнореконструктивной операции. Я информирован, что операция будет проводиться под местным обезболиванием. Во время операции в костную ткань альвеолярного отростка челюсти мне будут внедрены титановые конструкции (имплантаты).
2. Операция будет проведена по утвержденной методике, с использованием лицензированных стоматологических имплантатов, костнопластических материалов в условиях поликлинической операционной.
3. Мне известны имеющиеся у меня заболевания полости рта, а также дефекты моего зубного ряда.
4. Мне объяснили возможность протезирования с применением имплантатов, а также другие альтернативные способы протезирования без применения имплантатов.
3. Мне известно, что зубной имплантат представляет собой металлическую конструкцию, изготовленную из металла титан, которую вживляют в костную ткань челюсти. Имплантат предназначен для замещения зубов, а также в качестве дополнительной опоры для съемных протезов с целью восстановления жевательной функции и эстетики.
4. Мне разъяснено, что при малом объеме костной ткани имплантат не может быть установлен и для создания необходимого количества кости требуются дополнительные костно-пластические и костнореконструктивные оперативные вмешательства. В этом случае операция по установке стоматологического имплантата может быть проведена не ранее 6- 8 месяцев от момента проведения этих операций.
5. Меня предупредили, что количество и качество вновь образованной костной ткани после костнопластических и костнореконструктивных оперативных вмешательств зависит от особенностей моего организма.
6. Я информирован (а), что во время операции врач может изменить её план в зависимости от фактического состояния костной ткани.

7. Я информирован (а), что имплантаты в послеоперационном периоде могут вызывать реакцию отторжения, что приведёт к их удалению.
8. Я информирован (а), что в случае отторжения имплантата в течение года с момента проведения операции мне может быть проведена повторная операция – бесплатно.
9. Мне известно, что после протезирования, возможно, будет видна шейка имплантата в виде полоски блестящего металла.
10. Меня предупредили, что зубные протезы, изготовленные с применением имплантатов, не могут точно повторять анатомическую форму и положение ранее удаленных зубов.
11. Мне известно, что срок службы имплантатов зависит от общего состояния здоровья и качества гигиенического ухода.
12. Мне известно, что **комплексное лечение с использованием имплантатов состоит из этапов:**
 - а) клиническое обследование (ортопантомография, компьютерная томография)
 - б) подготовка полости рта - санация
 - в) лечение тканей пародонта
 - г) хирургическая операция (установка имплантатов)
 - д) процесс укрепления имплантата от 1 до 6 месяцев (в зависимости от системы имплантатов, общего состояния организма, объема оперативного вмешательства, состояния костной ткани)
 - е) протезирование зубопротезной конструкции
 - ж) обязательное профилактическое обследование у стоматолога 1 раз в 6 месяцев.
13. Меня предупредили об обязательном и своевременном прохождении всех этапов и о том, что нарушение этого порядка может повлечь за собой отрицательный результат лечения.
14. Мне известно, что наличие заболеваний как бруксизм, сахарный диабет, лучевая терапия и вредные привычки (алкоголизм и курение) резко повышают риск неудачи имплантации.
15. Меня предварительно информировали о планируемом виде и количестве имплантатов.
16. Меня ознакомили с планом ортопедического лечения.
17. Меня предупредили, что в силу индивидуальных биологических особенностей человеческого организма существует определенный **РИСК** и возможность **НЕПРЕДВИДЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**.

Осложнения предполагают, но не ограничиваются следующим:

- а) лицевая и челюстная припухлость, возникновение гематомы и изменение цвета кожного покрова в области челюстей, глаз и носа. Длится обычно несколько дней;
 - б) болевые ощущения, которые могут сохраняться до нескольких недель;
 - в) некоторая потеря чувствительности или ощущение онемения в области подбородка, губ, десен, языка, зубов, которые могут продлиться от нескольких дней до нескольких месяцев. В редких случаях нарушение чувствительности или ощущение онемения могут приобрести стойкий характер ;
 - г) кровотечение в момент и после хирургического вмешательства;
 - д) при обезболивании и индивидуальном расположении – повреждение нервно-сосудистого пучка;
 - е) аллергическая реакция на медикаменты, обморок, анафилактическая реакция при проведении обезбоживания;
 - ж) как и в случае любого хирургического вмешательства, существует опасность послеоперационной инфекции
18. Я также ознакомлен (а) с тем, что в настоящее время имеющаяся техника имплантации, костнопластических и костнореконструктивных операций не может дать 100% гарантии успеха. Процент приживаемости имплантатов составляет на современном этапе 98%, костнопластического материала 90-95%

19. Меня предупредили о том, что в ходе операции возможно выявление анатомических особенностей строения челюсти, в результате чего врач может изменить план операции либо прекратить операцию.
20. Мне известны **осложнения**, которые могут возникнуть **в связи с проведением комплексного протезирования с использованием имплантатов**:
- Потеря твердых и мягких тканей вокруг имплантата;
 - Воспаление (инфекция), кровоточивость, отечность десен вокруг шейки имплантата;
 - Оголение шейки имплантата;
 - Переимплантит;
21. Мне сообщили, что хирургическое вмешательство может повлечь за собой временную нетрудоспособность.
22. Я подтверждаю, что меня ознакомили с инструкциями, которые необходимо выполнять до и после проведения операции имплантации, а также в течение всего время пользования имплантатами. В случае несоблюдения инструкций риск возникновения осложнений увеличивается.
23. Срок службы имплантатов не ограничен и зависит от вида применяемой системы имплантатов, условий эксплуатации ортопедической конструкции, гигиены полости рта и общего состояния организма.
24. Я информирован (а), что на ортопедические конструкции, выполненные на имплантатах, поставленных в других клиниках гарантийные обязательства не распространяются.
25. Я информирован (а), что на имплантаты установленные в БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника» гарантийные обязательства не распространяются в случае изготовления зубных протезов в другой стоматологической клинике.

Я подтверждаю, что у меня была полная возможность прочитать вышеизложенное, и мне полностью понятен каждый пункт данного документа.

Я добровольно и осознанно даю свое согласие на проведение:

- 1.Операции стоматологическая имплантация.**
- 2.Операции костная пластика или костнореконструктивная операция и последующее протезирование с использованием имплантатов на вышеназванных условиях.**

(подпись пациента)

Информированное добровольное согласие на процедуру отбеливания зубов

Отбеливание – это процедура, которая позволяет отбелить цвет ваших зубов. Если отбеливание проводится профессиональными врачами и должным образом, то это не должно повредить зубам и деснам. Отбеливание, как и многие другие процедуры, имеет некоторые риски и ограничения. Хотя риски редко бывают серьезными, для того чтобы отказаться от процедуры, следует принять их во внимание, прежде чем решить - проводить эту процедуру или нет.

Существует много различных факторов, которые могут повлиять на результат процедуры. Это могут быть и типы потемнения, и степень соблюдения инструкции, и общее состояние ваших зубов.

Я понимаю, что для достижения желаемого результата эта процедура может быть выполнена только после предварительной профессиональной гигиены полости рта с фторсодержащими препаратами.

Меня проинформировали, о том, что для достижения наилучшего результата, при подготовке к процедуре отбеливания необходимо применение лекарственных препаратов, назначенных врачом-стоматологом, а также необходимости изготовления индивидуальных капп для реминерализующей терапии, которыми необходимо пользоваться дома перед процедурой отбеливающей системы Zoom!

В течение первых 24 часов после отбеливания чувствительность зубов может быть повышена. Эта ощущения обычно проходят в течении 1-2 дней.

Отбеливание может вызвать временное воспаление десен. Также может возникнуть раздражение десен. Меня предупредили, что эти проблемы проходят в течение нескольких дней.

Я понимаю, что кариозные полости и/или неплотно прилегающие реставрации должны быть закрыты и/или заменены до отбеливания. Хотя кариозные полости или протекающие реставрации должны быть исправлены или заменены до отбеливания, может повлиять на реставрации, делая их мягче и более восприимчивыми к окрашиванию. Поэтому вы должны быть готовы к тому, что любые реставрации на фронтальных зубах должна быть заменены. Поскольку отбеливаются только натуральные зубы, а не реставрации, возможно, вам понадобится заменить их, чтобы они соответствовали новому цвету зубов.

Я согласен(а), что после отбеливания возможна коррекция цвета проведенных реставраций вплоть до полной замены реставраций, чтобы они соответствовали новому цвету зубов.

Меня предупредили, что невозможно достоверно предсказать - на сколько тонов произойдет отбеливание зубов. Я полностью понимаю, что во время и после процедуры, состояние может измениться, тогда по усмотрению врача, для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия.

При отбеливании используется источник света, для дополнительной активации геля. Поэтому, если у меня имеются меланомы или я нахожусь под фотохимио- и PUVA терапией мне необходимо проконсультироваться с терапевтом до отбеливания. Также если я принимаю любые светочувствительные препараты, то я должен(а) проконсультироваться с лечащим врачом, чтобы избежать фотореакции.

После проведения процедуры отбеливания мне рекомендовано отказаться от курения и чрезмерного употребления кофе, других напитков и продуктов, содержащих красящие вещества.

При оказании процедуры отбеливания гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость контроля качества проведённой процедуры и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне процедуры отбеливания.

Дата

Подпись

Ф.И.О.