**Общество с ограниченной ответственностью «Стоматология «Улыбка»**

**347460, Ростовская область, Зимовниковский район, п. Зимовники, пер. Богдановский, дом 27**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО**, в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне следующих медицинских услуг: **терапевтическое лечение, эндодонтическое лечение** (лечение корневых каналов зуба)**.**

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, состояния моих зубов и полости рта, осведомлен (а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время лечения:

• возможность аллергической реакции на композиционных материал и средства анестезии.

• возможность повышенной чувствительности зубов на температурные раздражители в течение месяца после пломбирования.

• возможность развития осложнения в виде воспаления пульпы после пломбирования глубоких кариозных полостей и др.

Я знаю, что:

• употребление кофе, крепкого чая и других продуктов, содержащих красители, в течение недели после пломбирования может привести к изменению цвета композиционного материала.

• значительные перепады температур (употребление кофе с мороженым) изменяют механические свойства композиционного материала и могут привести к сколам пломбы.

• для предупреждения скола пломбы из композиционного материала не следует надкусывать предметы, жесткость которых превышает резерв прочности пломбировочного материала (сухари, кости, скорлупа орехов, сахар-рафинад, леденцы и т.д.)

• зубной налет при неудовлетворительном уходе за полостью рта может привести к изменению цвета композиционного материала, появлению пигментации по краю пломбы, рецидиву кариеса зубов, выпадению пломбы.

• аномалии прикуса ухудшают условия для фиксации композиционного материала в зубе.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен (а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время эндодонтического лечения корневых каналов включая анестезию и прием лекарственных средств, в т.ч.:

• невозможность удаления старой корневой пломбы при перелечивании корневого канала;

• поломка инструмента, перфорация и перелом корня, возникающие при лечения искривленных корневых каналов, при сильной кальфикации корневых каналов и при затруднённом открывании рта;

• при эндодонтическом вмешательстве возможно обострение хронического процесса и появление болевых ощущений в зубе при надкусывании и жевании, а также припухлость десны и мягких тканей лица в области леченого зуба;

• при лечении перфораций возможно появление симптомов подкожной эмфиземы, а при промывании корневых каналов антисептическими растворами - появление гематомы и отека мягких тканей в области причинного зуба.

Вышеуказанные осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и повлечь за собой применение методов периапикальной хирургии, физиотерапии и. даже привести к удалению зуба. При эндодонтическом лечении зуба, находящимся под протезом, возможно повреждение протеза и возникновение необходимости снятия всей ортопедической конструкции.

Даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя дать гарантии, что зуб, в отношении которого проводилось лечение, в дальнейшем не подвергнется кариозному разрушению и/или перелому в будущем.

Я получил (а) полную информацию о гарантийных сроках и ознакомлен (а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача прекращает гарантийные обязательства медицинской организации перед Заказчиком (пациентом), а также может повлечь за собой не достижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно **соглашаюсь** на медицинское вмешательство.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(указать какие, если имеются исключения*).

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*указать какие, если имеются исключения*).

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы. Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств: 1. Опрос, в том числе выявление желоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация. 3. Термометрия. 5. Тонометрия. 7. Рентгенологические методы обследования. 8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью к 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 необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. З, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

*ФИО, подпись пациента:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ФИО, подпись врача:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Дата: « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.*

*Примечание: В соответствии со ст. 20. Федерального закона «О6 основах охраны здоровья граждан в РФ» информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего, а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.*