

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, _____
(Ф.И.О.) (дата рождения)

_____ (адрес)

_____ (Ф.И.О. ребенка) (дата рождения)

уполномочиваю ГБУЗ СК «КГСП» провести моему ребенку терапевтическое, хирургическое, ортодонтическое лечение, ортопедическое лечение и дополнительные виды медицинских услуг (рентген, физиотерапия, обезболивание). В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 «Федерального закона от 21.11.2011 №323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Мне разъяснено, что я могу получить медицинскую помощь, как по ОМС (в пределах программы), так и по ПЛАТНЫМ услугам. Возможные побочные эффекты, которые могут возникнуть в процессе лечения:

- при проведении местной анестезии возможные следующие побочные эффекты: Общие: обморок, аллергические реакции, сосудистый коллапс (ишемия тканей), повышение (падение АД). Местные: боль в месте укола, кровоточивость, гематома, невралгии, невриты, парестезия, онемение, сосудистый коллапс (ишемия тканей), ограничение открывания рта, обострения хронических заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, повреждение слизистой оболочки полости рта.

- при препарировании твердых тканей зуба: травма мягких тканей с кровотечением, перегрев тканей зуба с возможными последующими болями, перелом зуба, воспаление мягких тканей, ограничение открывания рта, обострение хронических заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, травма других зубов.

- при постановке фотокомпозитного материала: пломбировочные боли с последующим депульпированием зуба, повышение чувствительности или несоответствие цвета при восстановлении зуба, перелом зуба, выпадение пломбы, воспаление мягких тканей, аллергические реакции на материал.

- при депульпировании зуба: постпломбировочные боли при выведении материала за верхушку корня, перелом инструмента в корневом канале, перфорация, изменение цвета зуба: боль при проведении врачебных манипуляций, кровотечение из корневых каналов и мягких тканей, удаление зуба.

Отдаленные: развитие периодонтита острого или хронического, реинфицирование корневых каналов после их пломбирования, после манипуляций ограничение открывания рта, обострение хронических заболеваний височно-челюстного сустава.

- при пародонтологическом лечении: травма мягких тканей с последующим кровотечением, повышенная чувствительность зубов после процедуры, изменение цвета зубов через некоторое время, оголение и последующая чувствительность корней зубов, периодонтит зуба.

Мне разъяснено и понятно, что при лечении заболеваний пародонта возможна: потеря зубов вследствие прогрессирования процесса.

- периодические обострения заболеваний, требующие дополнительного профилактического лечения.

- при протезировании несъемными или комбинированными ортопедическими конструкциями и при ортодонтическом лечении могут возникнуть следующие побочные эффекты: расцементировка ортопедических конструкций, рецессия десны, перелом зуба, воспаление слизистой оболочки десны, аллергические реакции на материал, ограничение открывания рта, обострение хронических заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, изменение окклюзионных соотношений зубных рядов, при ортодонтическом лечении возможен рецидив.

- при протезировании съемными ортопедическими конструкциями и при ортодонтическом лечении могут возникать следующие побочные эффекты: плохая фиксация и стабилизация съемных протезов, дискомфорт при приеме пищи, затрудненное пережевывание пищи, нарушение вкусовых ощущений, обострение хронических заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, ограничение открывания рта, изменение окклюзионных соотношений зубных рядов. Я понимаю, что протезирование – это заключительный этап ортопедического лечения, для эффективности которого на первом этапе может потребоваться проведение ряда мероприятий, кроме проведения хирургической и терапевтической санации. Это депульпирование, шлифование зубов, коррекция прикуса, устранение парафункции мышц, лечение височно-нижнечелюстных суставов, ряд хирургических (коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, уздечек и др.) и пародонтологических вмешательств. Я проинформирован, что в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировки прикуса возможна индивидуальная реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания и речи. При наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания и речи.

Основные побочные эффекты оперативного лечения, обусловленные, в первую очередь: анатомо-физиологическими особенностями конкретного пациента; перфорация дна или стенки верхнечелюстной пазухи; перфорация дна или стенки придаточной пазухи носа и связанные с этим возможные воспалительные процессы в области верхнечелюстной пазухи; при хирургических вмешательствах в области нижней челюсти возможно парестезия, онемение языка, губ, подбородка, зубов нижней челюсти вблизи зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, воспалительные процессы в

периапикальных тканях (альвеолит, периостит, абсцесс и др.). Побочные эффекты лечения так же могут быть обусловлены наличием уже имеющегося у меня хронического, либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты, периодонтит, травма зубов и др.). Я получил (ла) исчерпывающую информацию о плане моего лечения, ознакомлен(на) со всеми возможными побочными эффектами, я понимаю, что лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех этапов, поэтому иногда возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде внеплановых манипуляций или изменения срока лечения. Я ознакомлен(на) с расчетом гарантийного срока. Я понимаю необходимость регулярных посещений врача в течение лечения и протезирования, и, по его окончании, значение гигиены полости рта и обязуюсь выполнять все назначения. Виды выбранных мною ПЛАТНЫХ медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их предварительную оплату в кассу стоматологической поликлиники в сумме _____ рублей.

Я проинформирован(на) о гарантийных сроках использования пломб и что гарантия действительная при условии обязательного профилактического осмотра каждые 6 (шесть) месяцев действия гарантии.

№	Наименование работ	Срок гарантии	Срок службы
1	Пломбы из цементных материалов	1 мес.	3 мес.
2	Пломбы из материалов химического отверждения	3 мес.	6 мес.
3	Пломбы из материалов светового отверждения	6 мес.	12 мес.
При неудовлетворительной гигиене полости рта срок гарантии и службы на все виды работ сокращается на 50 %.			

Гарантийные сроки на ортопедические конструкции:

№ п/п	Наименование	Срок гарантии	Срок службы
1.	Вкладки из металла	1год	2 года
2.	Коронки из металлокерамики	1год	2 года
3.	Штампованные коронки из стали	1год	2 года
4.	Штамп. Коронки с пласт. облиц. из стали	1год	2 года
5.	Мостовидные протезы из стали	1год	2 года
6.	Мостовидные протезы из металлокерамики	1год	2 года
7.	Бюгельные протезы	1год	2 года
8.	Частичные съемные пластиночные протезы	1год	2 года
9.	Полные съемные пластиночные протезы	1год	2 года
При неудовлетворительной гигиене полости рта сроки гарантии и службы на все виды протезирования уменьшаются на 50%			

Я проинформирован об обязательном соблюдении правил поведения пациентов в Учреждении. Я даю свое согласие на обработку персональных данных. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем _____ которого _____ я _____ являюсь

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

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

Исполнитель: ГБУЗ СК «КГСП»
 Главный врач _____ А.А. Чекунов
 (подпись)

Заказчик: _____
 (подпись, расшифровка подписи)

Дата _____

Эл. адрес stomkis@mail.ru

_____ **подпись врача**

_____ **Ф.И.О**