**

**Приложение к договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

 **Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации)**

**Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство**

**(профессиональная гигиена полости рта)**

**г. Москва «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество гражданина, законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне или лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя , отчество, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство **профессиональная гигиена полости рта**, настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

Добровольно даю свое согласие на проведение опроса, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, термометрию, тонометрию, введение лекарственных препаратов по назначению врача внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

Я ознакомлен (а) с предлагаемым планом, ориентировочными сроками и стоимостью отдельных процедур (этапов) и лечения в целом(т.к. объем и характер работы можно будет определить только в процессе лечения, в случае повышения стоимости лечащий врач предупредит меня и обоснует это), технологиями (методами) и материалами, которые будут использованы в процессе проведения процедур, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги, а также с альтернативными вариантами лечения .

Я уведомлен(а), что с учетом имеющейся у меня клинической ситуации перед началом лечения зубов показана профессиональная гигиена, целью которой является удаление мягких и твердых над/и поддесневых зубных отложений для создания благоприятных условий в полости рта для дальнейшего лечения.

Я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Я соглашаюсь с тем, что профессиональную гигиену полости рта будет проводить **врач** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

Лечащий врач после диагностики обосновал необходимость проведения профессиональной гигиены полости рта.

Я проинформирован(а), что профессиональная гигиена полости рта является неотъемлемой частью комплексного стоматологического лечения, а также курса лечения заболевания пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса.

 Я проинформирован(а), что последствиями отказа от профессиональной гигиены полости рта могут быть:

* развитие или обострение имеющихся заболеваний пародонта;
* развитие кариеса зубов и его осложнений.

Я понимаю, что нарушение правил гигиены полости рта может приводить к таким негативным последствиям, как:

* деминерализация эмали, вплоть до развития кариеса и его осложнений;
* гингивит;
* обострение хронических заболеваний пародонта;
* воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта.

Меня ознакомили с необходимостью регулярных визитов в клинику, как во время активного этапа лечения, так и после его завершения в целях профилактики.

Я понимаю, что не соблюдение этого условия может приводить к изменению запланированных сроков лечения, влиять на качество проводимого лечения.

Мне понятен план, объем и цели профессиональной гигиены полости рта.

Я проинформирован(а), что проходить комплекс профессиональной гигиены рекомендуется не реже 2 раз в год, а при наличии имплантатов и брекет-систем 3-4 раза в год.

Я понимаю, что успешный результат проведенной профессиональной гигиены полости рта может быть значительно снижен в следующих случаях:

• нарушение сроков лечения, установленных врачом, -неполный курс лечения, не дающий стабильного результата;

• применение процедур и прием медикаментов, не назначенных врачом (самолечение);

• наличие (возникновение) аллергических реакций (в случае, если я не указал (а) об этом в медицинской анкете) на применяемые материалы и медикаменты;

• отказ от санации (хирургической или терапевтической), что ведет к сохранению очагов хронической инфекции, влияющих на общее состояние организма,;

• наличие системных заболеваний и обменных нарушений, требующих лечения у других специалистов;

***Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.***

 ***(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)***

• активное курение;

• плохой уход за полостью рта;

• прием алкоголя накануне и сразу после лечения.

Я признаю особые обстоятельства, осложняющие проведение процедуры и ее успешность:

• курение;

• неудовлетворительная гигиена полости рта;

• повышенный рвотный peфлекс;

 • аллергия на применяемые медикаменты.

Я предупрежден, что данная процедура сопровождается возникновением определенного дискомфорта, связанного:

* с появлением кровоточивости и болезненности десен во время процедуры и на 1-2 день после;

• повышением чувствительности зубов;

• повреждением реставраций (особенно находящихся в неудовлетворительном состоянии);

• повреждением ортопедических конструкций;

• микротравмами слизистой оболочки полости рта;

• возникновением аллергических реакций на применяемые материалы и медикаменты.

При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Я информирован о том, что в этих случаях, при моем правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Т.к. в этом случае он не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги (ФЗ «О защите прав потребителей») и нарушает право пациента на гуманное отношения при оказании медицинской помощи (ч.5. ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Я информирован(а) о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности. Я информирован(а), что клиника оснащена всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи.

Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Мне разъяснена необходимость применения местной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести:

* к головной боли;
* к шуму в ушах, гиперакузии;
* к беспокойству (включая нервозность, возбужденность, тревожность),
* к перспирации;
* к спутанности сознания, эйфории, сонливости, зевоте;
* к расстройству речи (дизартрия, бессвязная речь, логорея);
* к головокружению (включая оцепенение, вертиго, нарушение равновесия);
* к снижению внимания;
* к нарушению сознания (вплоть до потери его);
* к нарушению дыхания (от брадипноэ до остановки дыхания);
* к тремору, подергиванию мышц, судорогам;
* к тошноте, рвоте, диарее;
* к преходящим нарушениям зрения (вплоть до слепоты), нистагму, миозу, , мидриазу, диплопии;
* к остановке сердца, нарушению сердечной проводимости (AV-блокада), аритмии (желудочковая экстрасистолия и мерцание желудочков), угнетению миокарда, тахикардии, брадикардии, сосудистому коллапсу, артериальной гипотензии/гипертензии, расширению сосудов;
* к отеку или воспалению в месте инъекции;
* к появлению ишемических зон в месте введения (вплоть до развития тканевого некроза - при случайном внутрисосудистом введении);
* к образованию внутреннего кровотечения и гематомы;
* к травматизации нервных окончаний, проявляющейся потерей чувствительности, невралгиями;
* к онемению губ и языка, парестезии полости рта;
* к повреждению нерва (вплоть до развития паралича);
* к дизестезии, включая жар или озноб;
* к дисгевзии (включая металлический привкус);
* к изъязвлению десен, гингивиту;
* к гиперсаливации,;
* к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты (гиперемия и зуд кожи, конъюнктивит, ринит, ангионевротический отек различной степени выраженности (включая отек верхней и/или нижней губы и/или щек, голосовой щели с затруднением акта глотания, крапивницу, эритему, затруднение дыхания), анафилактический шок);
* к метгемоглобинемия;
* к отеку в области головы и шеи;
* к ограничению открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

***Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.***

 ***(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)***

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено:

* при выраженном стрессе;
* в области существующего воспаления;
* после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг.

Я информирован(а), что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого терапевтического лечения.

Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе:

* об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов;
* обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях;
* о перенесенных инфекционных заболеваниях (гепатит А, гепатит Б, гепатит С, венерические заболевания, ВИЧ-инфекция, герпес);
* об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности;
* о принимаемых лекарственных средствах;
* о наследственности;
* об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
* о наблюдении у психиатра/психотерапевта;
* о проведении косметологических (инъекционных и неинъекционных) процедур в области головы и шеи в период за 30 дней до/во время/в течении 30 дней после запланированных манипуляций.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета (в том числе о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях, и аллергических реакциях) заполнена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

**Для женщин: Беременность \_\_\_ ДА \_\_\_\_НЕТ, на момент проведения манипуляции**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Разъяснил ли Вам врач-стоматолог сведения о наличии заболевания:*** |  |
| ***Указал ли он диагноз и прогноз заболевания:*** |  |
| ***Разъяснил ли он методы лечения и возможные риски:*** |  |
| ***Указал ли он возможные варианты медицинского вмешательства:*** |  |
| ***Разъяснил ли он варианты последствий и результатов лечения:*** |  |

**СОГЛАСИЕ:**

***Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.***

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

 (ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

 (ФИО врача-стоматолога) (подпись)

 ***Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) (Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО гражданина) (контактный телефон)

***Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего стоматологического вмешательства, дал(а) ответы на все вопросы.***

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

 (ФИО врача-стоматолога) (подпись)