**

**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**

**(стоматологическое эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов))**

**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 **эндодонтическое лечение**, 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 лечение будет проводить **врач** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

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

Лечащий врач после проведенной диагностики обосновал необходимость проведения эндодонтического лечения **зуба ­№ ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** .

**(указать номер зуба)**

Последствиями отказа от данного лечения могут быть:

* инфекционные осложнения;
* перелом зуба при отказе от покрытия зуба ортопедической конструкцией после проведенного эндодотического лечения;
* прогрессирование зубоальвеолярных деформаций;
* дальнейшее снижение эффективности жевания;
* ухудшение эстетики;
* нарушение функции речи;
* прогрессирование заболеваний пародонта;
* быстрая утрата оставшихся зубов;
* заболевание жевательных мышц и височнонижнечелюстного сустава;
* общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта;
* нейропатология;
* появление либо нарастание болевых ощущений;
* образование кисты;
* потеря зуба;
* системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Альтернативными методами лечения являются:

* удаление пораженного зуба (зубов);
* отсутствие лечения как такового;
* хирургическое вмешательство (апикальная хирургия).

Альтернативные хирургические варианты лечения могут быть использованы при не достижении эффекта от терапевтического лечения зубов.

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

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

Я понимаю, что целью лечения корневых каналов зуба (пульпита) и его осложнений (периодонтита) является сохранение пораженного зуба и надежное предотвращение его вредного воздействия на организм в целом.

Лечение каналов (эндодонтическое лечение) заключается:

* в удалении инфицированных тканей из корневого канала зуба;
* механической, медикаментозной, ультразвуковой обработке корневого канала зуба и/или обработке корневого канала лазером;
* временном и постоянном пломбировании корневого канала зуба.

Положительный результат эндодонтического лечения в виде исчезновения воспаления в области верхушки корня проявляется в период от 3-х до 12-ти месяцев.

Доктор понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения.

Высокий процент успешности проведения эндодонтического лечения (более 80%) не исключает определенный процент (5-10%) неудач, что может потребовать:

* повторной установки пломбы;
* перелечивания корневых каналов зуба в будущем;
* периапикальной хирургии (резекции);
* удаление зуба.

Врач проинформировал меня, что при лечении корневых каналов зуба со сложной анатомией и (или) перелечивании ранее запломбированных корневых каналов зуба процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается (до 60%), что связано:

* со случаями, если корневые каналы зуба ранее были пломбированы в другой клинике твердеющими препаратами, резорцин-формалиновым методом;
* в корневых каналах зуба имеются сломанные эндодонтические инструменты, металлические и стекловолоконные штифты и вкладки, тогда часто невозможно удалить старую корневую пломбу и пройти корневой канал зуба на всю длину;
* с ситуацией, если уже имеются перфорации стенок корневых каналов зуба, ступеньки и ложные каналы;
* с сильной кальцификацией корневых каналов зуба, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов).

**Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии и стать причиной удаления зуба, не являясь при этом недостатком оказанных услуг.**

Я проинформирован(а), что если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение). Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению.

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 привест

* 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;

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

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

* 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;

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено:

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

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.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

 Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков:

* изменения витаминного;
* иммунологического балансов;
* нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей и зубов до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность на протяжении всего срока и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений.

Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Мне сообщено, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях: движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.) необходимо выполнение повторного рентгеновского снимка. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок.

Для практически здоровых лиц годовая эффективная доза при проведении профилактических медицинских рентгенологических процедур и научных исследований не должна превышать 1 мЗв (1000μЗв). 1 обследование КТ - 80μЗв, ОПТГ- 80μЗв, RVG(прицельный)- до 12μЗв.

Я проинформирован(а), что в процессе лечения и после него возможны:

* ощущения болезненности и дискомфорта, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней после лечения, для облегчения которых врач назначает лекарственные препараты, если сочтёт необходимым;
* отёчность десны и/или щеки в области леченого зуба, которые могут сохраняться в течении нескольких дней и более;
* ограничение открывания рта, которое может длиться несколько дней;
* обострение воспалительных очагов в костной ткани может произойти в ранние и отделённые сроки; обострение имеющихся хронических воспалительных очагов (кист, кистогранулём), имеющихся в области зубов, подвергающихся лечению;
* перфорация, поломка эндодонтического инструмента в корневом канале (особенно искривленном) и оставление в корневом канале частиц инструмента, что может вызвать необходимость других манипуляций, а также потере зуба; такие осложнения могут стать причиной недостижения ожидаемых критериев эндодонтического лечения;

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

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

* при успешном завершении эндодонтической терапии (достижении ожидаемых критериев) нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем;
* при перелечивании корневых каналов (лечение каналов ранее леченного зуба) процент успеха эндодонтического лечения снижается, что связано: с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала; с плохой проходимостью корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов).

Мне объяснили, что установка временной пломбы на депульпированный зуб (зуб с запломбированными ранее каналами) не является конечным этапом его лечения.

 Я понимаю необходимость обязательного восстановления коронковой части зуба постоянной пломбой или вкладкой в течение 2 недель после проведения эндодонтического лечения и(или) необходимость покрытия такого зуба постоянной ортопедической конструкцией (коронкой) в сроки не более 1 месяца после постоянной пломбировки корневых каналов. В противном случае возможны такие осложнения, как:

* перелом зуба;
* откол стенки;
* трещина,

что потребует по абсолютным медицинским показаниям удаления зуба.

Я информирован(а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.п.).

Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я извещен(а) о необходимости проведения дополнительных консультационных и диагностических процедур: получение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка; консультация стоматолога(ов) иного профиля, консультация врача(ей) общего медицинского или специального профиля.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры по согласованному с врачом графику, изложенным в медицинской карте*.*

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Гарантийные сроки на эндодонтическое лечение ввиду его специфики установить не представляется возможным. Следует учесть, что результат лечения в каждом конкретном случае зависит не только от его качества, но и от реакции организма и общего состояния зубов. Мне сообщено, что проводить лечение будет специалист соответствующей квалификации с применением им качественных материалов и инструментов и соблюдением методик.

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

Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

 Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо

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.

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

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

**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)

|  |
| --- |
| ОТКАЗ: *Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.*Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.  (ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.  (ФИО врача-стоматолога) (подпись) |