Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: СНЯТИЕ НЕСЪЕМНОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ

Я_____

Ф.И.О. взрослого пациента

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.
Я, _____,
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в ООО «НИТА-ДЕНТ» (ОГРН 1146194005132), далее именуемое – **«Исполнитель»**, и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **снятие несъемной ортопедической конструкции.**

Я получил(а) от врача _____всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. **Цели**. Основными целями снятия несъемной конструкции являются: проведение последующего лечения зуба (зубов), который(ые) находится (находятся) под несъемной конструкцией в связи с развитием патологических процессов; разрушение цемента, на котором была закреплена несъемная конструкция - в целях его восстановления; дефект несъемной конструкции; необходимость повторного протезирования зуба (зубов), ранее покрытых несъемной ортопедической конструкцией; продолжение протезирования зубов (для временных несъемных ортопедических конструкций).
2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства**. Снятие несъемной ортопедической конструкции проводится в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе частичная адентия», «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе полная адентия», «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе кариес», утвержденными Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации. Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего диагноза (диагноза пациента, законным представителем которого я являюсь) и предварительного плана лечения. Мне разъяснено и понятно следующее:

Основными видами несъемных ортопедических конструкций являются вкладки, одиночные коронки и мостовидные протезы, изготавливаемые с применением металлокерамики, керамики (безметалловая керамика), металла, композитных смол и иных материалов. Несъемные конструкции бывают временными и постоянными. Главное назначение временных (терапевтических) конструкций - поддержание здоровья тканей пародонта, выявление возможных проблем на этапе протезирования и предотвращение их возникновения после фиксации постоянных конструкций. Установка постоянных конструкций, как правило, производится после снятия временных.

Для удаления временных конструкций обычно используют такие инструменты, как скейлер, шпатель, экскаватор, щипцы или гемостат. Коронка или мост аккуратно раскачивается до тех пор, пока цементное соединение не разрушится. Для удаления постоянных несъемных ортопедических конструкций применяются специально разработанные инструменты - пружинные коронкосниматели, пневматические коронкосниматели, ручные копы, использующие механическую силу. Кроме того, применяется метод распиливания конструкции с помощью стоматологических боров, а также путем воздействия ультразвука.

Выбор методов вмешательства делает врач согласно медицинским показаниям, исходя из конкретной ситуации с зубом и установленной конструкцией. Мне названы и со мной согласованы: 1)количество ортопедических конструкции, подлежащих снятию, их особенности, материал, технологии (методы), которые будут использованы в процессе снятия; 2) этапы и сроки выполнения вмешательства, стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе вмешательства стоимость может быть изменена, как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения, в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

Я предупрежден(а), что в процессе снятия ортопедических конструкций могут быть слышны неприятные звуки откалывающейся от металлической основы керамики, хруст, скрежет. Врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить снятие несъемных ортопедических конструкций, я могу отказаться от его проведения. Последствиями отказа могут быть: прогрессирование патологических процессов в зубах, покрытых несъемной конструкцией; прогрессирование заболеваний пародонта; развитие инфекционных осложнений; сколы и переломы зубов, покрытых несъемной конструкцией, которые впоследствии могут потребовать удаления зубов; при отказе от снятия временных конструкций, не предназначенных для длительного использования, возможно развитие патологических процессов и

заболеваний зубов (кариеса, пульпита и пр.), покрытых указанной конструкцией; невозможность завершения ортопедического лечения - протезирования зубов с использованием постоянных ортопедических конструкций.

3. **Риски, последствия, осложнения.** Врач объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после вмешательства: значительное повреждение твердых тканей зубов; сколы и/или перелом корня зуба (зубов); если несъемные конструкции (коронки, мосты и т.п.) установлены с опорой на имплантаты, во время снятия конструкций могут быть повреждены имплантаты или их части, в том числе может произойти повреждение (срыв) резьбы на завинчивающихся конструкциях; перелом зуба (зубов); повреждения мягких тканей полости рта; сколы и/или перелом корня соседнего зуба (зубов); повреждение и/или перелом соседнего зуба (зубов); попадание протезов или их частей (элементов) в желудочно-кишечный тракт и дыхательные пути, что может вызвать повреждения ЖКТ и/или асфиксию (остановку дыхания); ощущение дискомфорта, болевые ощущения; отёки слизистой оболочки рта. Мне понятно, что указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

4. **Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства:** патология иммунной системы (тяжелые инфекции и т.п.); острые инфекционные заболевания; болезни крови (лейкозы, лимфогранулематоз) и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь): перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п. Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

5. Мне разъяснена необходимость применения обезболивания (местной инъекционной анестезии) с целью обезболивания медицинских манипуляция. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости. Мне разъяснено, что: применение анестезии может привести в редких случаях к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше; обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

6. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до начала вмешательства, в процессе, а также при проведении контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение.

7. Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в пункте 3 настоящего согласия состояний (осложнений), аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.

8. Неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме, может привести к увеличению сроков лечения и как следствие, увеличению стоимости лечения. Я понимаю значение гигиены полости рта при стоматологическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения, включая использования ирригатора полости рта и щеток, рекомендованных врачом. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

9. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.

10. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

11. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.

Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Пациент/Законный представитель пациента:

Дата: «____»_____20____ года

Подпись: _____/_____/

Врач:

Дата: «____»_____20____ года

Подпись: _____/_____/