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: ШИНИРОВАНИЕ ЗУБОВ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПАРОДОНТА

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: **шинирование зубов при болезнях пародонта.**

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

1. **Цели лечения**. Основными целями шинирования зубов при заболевания пародонта являются: предохранение подвижных зубов от повреждения; предотвращение смещения зубов и их стабилизация; фиксация зубов, равномерное распределение жевательной нагрузки на них для предупреждения их дальнейшего расшатывания и выпадения вследствие заболеваний пародонта.

2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства**.

Шинирование будет проводится в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе пародонтит», утвержденными Решением Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» 23 апреля 2013 года с изменениями и дополнениями на основании Постановления № 18 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года.

Мне разъяснено и понятно следующее:

Шинирование – это объединение группы зубов в единый блок при помощи специальной ортопедической шины. Шинирование может быть временным и постоянным. Метод временного шинирования подвижных зубов применяется при лечении заболевания пародонта, после устранения очагов травматической окклюзии. Целью временного шинирования является стабилизация зубов для создания условий к проведению хирургических операций.

Шина – приспособление для иммобилизации (полной неподвижности или значительно уменьшенной подвижности) группы зубов или всего зубного ряда. Шины подразделяют на: 1. по продолжительности действия на: временные; полупостоянные (промежуточная); постоянные. 2. по способу изготовления: прямой; непрямой (лабораторный). Срок службы временной шины – от одного дня до трех-четырех недель, полупостоянной – от месяца до нескольких лет, постоянной – несколько лет. Шина может быть изготовлена из различных материалов – стекловолокна, полимеров, металла и пр. Выбор метода шинирования, конструкции и материала шины производится врачом по согласованию с пациентом и зависит от степени поражения тканей пародонта патологическим процессом, от характера и локализации процесса, от характера прикуса, состояния обоих зубных рядов, количества отсутствующих зубов и т.д.

Шина изготавливается в день обращения пациента или предварительно в зубопротезной лаборатории. До начала процедуры шинирования поверхность зубов тщательно очищается от налета и бактерий. На внутренней стороне зубов после местного обезболивания (по показаниям) высверливается тонкая бороздка. Волокна шины устанавливаются горизонтально относительно расшатанных зубов в созданные стоматологом борозды. Хотя врачу не приходится глубоко обтачивать зубы, что ведет к минимальному травмированию десен и зубов, однако в ходе вмешательства происходит сошлифовывание (удаление) слоя твердых тканей зуба, которое необратимо. Сверху борозды покрываются пломбировочным материалом, поверхность шлифуется. Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания (заболевания пациента, законным представителем которого я являюсь) и предварительного плана лечения. Мне разъяснено, что по медицинским показаниям может потребоваться повторное проведение вмешательства или применение иного вида шинирования.

Лечащий врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить шинирование зубов, я могу отказаться от него. Последствиями отказа от вмешательства могут быть: усугубление заболеваний пародонта, усиление подвижности зубов – вплоть до их потери, усиление кровоточивости и воспаление десен; появление неприятного запаха изо рта; появление болевого синдрома.

3. **Риски, последствия, осложнения.** Врач объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после медицинского вмешательства: микротравмы десны; ощущение дискомфорта, болевые ощущения, аллергические реакции на инструмент и материалы, применяемые в процессе лечения; развитие пульпита (периодонтита) шинируемого(х) зуба(ов); обострение клинических симптомов болезней пародонта; удаление подвижных зубов во время снятия слепка при комбинированном или непрямом изготовлении шины; изменения твердых

тканей зубов, включенных в шину (пигментация эмали, деминерализация); перелом шины. Мне понятно, что указанные в настоящем пункте 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 (здоровье пациента, законным представителем которого я являюсь), я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

5. **Предполагаемые результаты лечения.** Ожидаемыми результатами лечения является достижение целей лечения. Я понимаю, что установление гарантийных сроков на овеществленные результаты медицинской услуги возможно только в индивидуальном порядке, и что если гарантийный срок письменно в документах не установлен, то он исчисляется согласно Положению о гарантиях, действующему у Исполнителя, с которым я был ознакомлен(а) до начала лечения.

6. 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.

7. 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.

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

9. 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.

10. 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: _____/_____/