

Г. Электросталь

01.01.2020

Я, _____ Клиент Клиент Клиент

настоящим подтверждаю что, в соответствии со статьями 20, 21, 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня заболевания (нужное отметить):

К02.0 Кариес эмали: на зубе произошло помутнение эмали, видимых разрушений нет, инструментальное обследование зондом не дало никаких признаков изменения структуры или на поверхности зуба появилась темная пигментация, при осмотре зуба зондом выявлено размягчение эмали

К02.1 Кариес дентина: поражены ткани эмали и дентина

К02.2 Кариес цемента: почти полное разрушение зуба

Иные болезни твердых тканей зубов _____

Мне врачом объяснено и понятно, что кариес это патологический процесс, развивающийся после прорезывания зубов и проявляющийся деминерализацией и размягчением твердых тканей зубов (эмали и дентина) с последующим образованием полости. С учетом диагноза заболевания такое медицинское вмешательство, как лечение кариеса, будет включать в себя следующие этапы: анестезия; наложение коффердама (изоляция зуба от полости рта латексной завесой); очищение от некротизированного дентина и эмали с помощью сверления или обработка полости лазером; формирование стенок и дна для оптимального наложения пломбы; обработка антисептиками; наложение лечебной или изолирующей прокладки; наложение пломбы; пришлифовка пломбы к остальным зубам по прикусу, чтобы она не мешала при жевании; воссоздание вида здорового зуба, соблюдая все анатомические тонкости.

Я информирован(а) врачом о принципах лечения зубов, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: устранение факторов, обуславливающих процесс разрушения тканей зуба; предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса; сохранение и восстановление анатомической формы и функции зуба; предупреждение развития патологических процессов и осложнений. Высокий процент успешности проведения терапевтического лечения (более 80%) не исключает определенный процент (10-20%) неудач, что может потребовать повторной установки пломбы, эндодонтического лечения корневых каналов в будущем. Выбор метода восстановления зуба зависит от ряда факторов, в том числе от индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ), который определяется после препарирования кариозной полости зуба. При показателях ИРОПЗ 0,2-0,4 применяется метод пломбирования. Для группы жевательных зубов при ИРОПЗ >0,4 показано изготовление вкладок из металлов, керамики, композитных материалов. При ИРОПЗ >0,6 показано изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ >0,8 показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок. В случае разрушения более 50% твердых тканей зуба, композитная реставрация при световом отверждении дает усадку слишком большой силы, что может привести к отламыванию оставшихся тонких стенок зуба или к отрыву реставрации от стенок зуба и появлению микротрещины, которая впоследствии приводит к нарушению герметизации пломбы и рецидиву кариеса в недалеком будущем. Композитная реставрация также неэффективна в случае разрушения зуба на уровне под десной в связи с постоянным подтеканием десневой жидкости, нарушающей технологию постановки пломбы. В таких случаях выбором является изготовление непрямой реставрации из композита или керамики в лаборатории, которая затвердевает в идеальных условиях с соблюдением технологии и дает усадку до постановки в рот, а не во рту пациента, и, следовательно, не давит на стенки оставшегося зуба, сберегая их. Такая реставрация идеально прилегает к зубу, в том числе в под десневой области.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение осложнения в виде новых заболеваний: прогрессирование кариозного процесса; поражение пульпы и периодонта зуба; образование кисты; появление либо нарастание болевых ощущений; ухудшение эстетики; перелом коронки зуба при отказе рекомендованного метода его восстановления; потеря зуба; прогрессирование зубоальвеолярных деформаций; нарушение функции речи, жевания; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта; невропатологии.

Я информирован(а) врачом, что альтернативными методами лечения являются: изготовление вкладки или накладки, установка коронки, удаление зуба или отсутствие лечения вообще.

В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии.

Я предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что:

- истинный размер кариозной полости определяется разрушением дентина и всегда превышает видимый глазом размер кариозной полости в области эмали вследствие различной твердости тканей зуба;
- поражение зуба, которое кажется небольшим на поверхности эмали зуба, может оказаться значительным внутри. Это повлечет за собой большую площадь обработки зуба и, возможно, ненамеренное вскрытие полости зуба. В этом случае будет необходимо провести эндодонтическое лечение зуба, каналов зуба или депульпирование, что приведет к увеличению стоимости лечения, изменению диагноза и тактики лечения;
- для лечения зубов с глубокими и обширными полостями даже после постановки постоянной пломбы может потребоваться эндодонтическое лечение зуба и перелечивание ранее пломбированных корневых каналов в нем. Присутствие такой рекомендации врача в предварительном плане лечения нужно для получения наилучшего результата лечения;
- при терапевтическом лечении кариеса проводится процедура шлифования слоя твердых тканей зуба, которая является необратимой;
- наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза является сохранение жизнеспособности пульпы. В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба с ранее имевшейся в нем кариозной полостью, глубоким клиновидным дефектом, стираемостью, существует риск воспаления пульпы зуба и(или) развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня зуба как в процессе, так и после постановки постоянной пломбы;
- необходимо полное восстановление целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций.

Я предупрежден(а) врачом и согласен(на) с возможными последствиями и осложнениями проведенного медицинского вмешательства:

- рецидивирующий или вторичный кариес (формирование кариозной полости рядом с пломбой) даже при успешном завершении лечения;
- воспаление пульпы;
- выпадение пломбы;
- несоответствие пломбы по цвету, прозрачности, эстетике, форме собственному зубу;
- аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Я предупрежден(а) и согласен(на) с тем, что объем манипуляций в ходе процедуры может варьироваться, а окончательный выбор объема корректируется во время проведения процедуры врачом. В случае необходимости корректировки процедуры или проведения другой процедуры я доверяю врачу принять соответствующее решение и выполнить любые медицинские действия, которые он сочтет необходимыми. В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. В случае возникновения неотложных ситуаций, даю согласие на госпитализацию.

Мне разъяснено, что симптомами осложнений после лечения являются болевые ощущения в области вмешательства, и что при появлении болевых ощущений после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику ООО «Дюна» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений. При отсутствии осложнений посещение врача осуществляется планомерно.

Я добросовестно поставил(а) в известность и ответил(а) на все вопросы врача обо всех проблемах своего здоровья, в том числе о(б): аллергии; индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов; перенесенных и известных травмах, операциях, заболеваниях; принимаемых лекарственных средствах; об экологических, производственных факторах физической, химической, биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности. Я подтверждаю, что в анкете назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния.

Я сообщил(а) правдивые сведения о себе, а именно: о наследственности; об употреблении алкоголя, наркотических, токсических средств. Я понимаю, что выполнение процедуры при существующих противопоказаниях к ней могут спровоцировать нежелательные побочные эффекты.

Я утверждаю, что противопоказаний, о которых меня информировал врач, у меня нет. При наличии у меня противопоказаний и не уведомлении о них врача в случае возникновения побочных эффектов процедуры я отвечаю за все последствия без претензий к врачу и Исполнителю.

Я подтверждаю, что в доступной форме уведомлен(а) и в полной мере проинформирован(а) врачом о(об):

- осуществляемой Исполнителем медицинской деятельности;
- режиме работы Исполнителя;
- видах, качестве, условиях предоставления медицинской помощи;
- уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- альтернативных методах лечения;
- возможной необходимости выполнения других медицинских вмешательств, процедур, исследований, мероприятий;
- показаниях, противопоказаниях, возможных побочных реакциях, осложнениях, возможном риске, последствиях, результатах;
- необходимости соблюдения режима при проведении процедуры, регулярном применении назначенных препаратов;
- необходимости немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, незамедлительной явке на осмотр в случае возникновения осложнения, обязанности информирования врача о состоянии здоровья;
- согласовании с врачом приема новых препаратов перед их применением;
- риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов;
- о возможном отличии результатов процедуры от ожидаемых, о невозможности гарантировать врачом только положительных результатов процедуры и с этим соглашаюсь;
- качественном выполнении врачом соответствующей квалификации клинических, диагностических, технологических этапов проведения процедуры, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противозидемического режимов.

Я подтверждаю, что:

- текст мною прочитан, полученные объяснения врача меня полностью удовлетворяют, понятно содержание и назначение данного документа, понятен смысл всех терминов;
- все данные, полученные от меня, записаны верно;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- рекомендации после проведения процедуры предоставлены в полном объёме;
- понимаю, что несоблюдение указанных рекомендаций, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой процедуры, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье;
- понимаю, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений;
- имел(а) возможность задать врачу все интересующие вопросы, и врачом даны исчерпывающие ответы на все заданные вопросы;
- данное согласие является подтверждением обсуждения мною с врачом вышеупомянутой процедуры;
- согласен(на) с тем, что назначение врачом вышеуказанной процедуры носит лишь рекомендательный характер;
- согласен(на) на фото видео документирование процедуры и понимаю, что эти фото и видео документы станут собственностью Исполнителя, и могут быть использованы для научных, учебных целях, но не будет нарушать конституционных прав на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность;
- в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года №390 даю согласие на проведение при необходимости следующих манипуляций и вмешательств: опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза), осмотр, исследование, термометрию, измерение артериального давления, введение лекарственных препаратов, назначение лечебно-оздоровительного режима;
- согласен(на) с тем, что в случае своего обращения в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) в период проведения процедуры (курса процедур), без согласования с врачом, для продолжения лечения или устранения допустимых реакций и осложнений организма на процедуру, исключается виновное пренебрежение моими и представляемого законными интересами со стороны врача и Исполнителя, и, как следствие, врач и Исполнитель не принимают на себя ответственности за проведение стороннего альтернативного вмешательства, результат вмешательства и невозможность завершения начатой процедуры.
- понимаю, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений;

Я разрешаю в случае необходимости, в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона №323-ФЗ, предоставить информацию о своем (представляемого) диагнозе, степени тяжести, характере заболевания гражданам:

(указать Ф.И.О., год рождения, контактная информация, по желанию – степень родства)

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

На основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом ООО «Дюна».

Беседу провёл врач

(подпись)

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства

(подпись)

(Клиент К.К.)

Пациент отказался от проведения медицинского вмешательства

(подпись)

(Клиент К.К.)