



## **Информированное добровольное согласие на хирургическое вмешательство**

Информированное согласие составлено в соответствии со ст.20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 20.11.2011г. №323-ФЗ.

Мне, \_\_\_\_\_, разъяснено,

(Ф.И.О. пациента)

что перспективы и результаты медицинского вмешательства при имеющемся заболевании зависят от анестезиологических особенностей организма, строгого выполнения этапов и сроков протезирования, гигиенических профилактических посещений и контрольных осмотров в соответствии с назначенным доктором графиком (не реже 1 раза в 6 месяцев).

Альтернативным способом является отсутствие лечения. При отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений.

Я был (а) проинформирован(а) о возможном риске и возможных осложнениях, сопутствующих подобным манипуляциям, методам анестезии, приему лекарств. Они могут включать в себя:

- кратковременное (от нескольких часов до нескольких суток) онемение языка, губ, подборка, зубов;
- возникновение травматического реактивного отека, сразу после лечебных манипуляций, требующее принятия обезболивающих препаратов и антибиотиков;
- не исключено возникновение воспаления (гайморита, остеомиелита) в области вмешательства, с возможной потерей зубов;
- ограничение открывания рта;
- кровоизлияние в мягких тканях;
- аллергические реакции и другие осложнения;
- повреждение нервных стволов, сосудов, с потерей чувствительности, болевым синдромом;
- повреждение соседних зубов;
- вывих или перелом челюсти;
- проникновение в гайморову пазуху.

Мне предоставлена информация о наименовании анестетика и виде обезболивания. С данным видом анестетика и видом обезболивания согласен (а).

При проведении анестезии возможно возникновение: аллергических реакций (анафилактический шок, крапивница, обморок, коллапс, удушье, отек), астматический приступ, подъем артериального давления, увеличение частоты сердечных сокращений, гематомы, затрудненное открывание рта, болезненность в месте укола, травмы ветви тройничного нерва.

Я проинформировал (а) врача обо всех случаях аллергии к медицинским препаратам в прошлом и обо аллергии в настоящем время.

Содержание указанных выше медицинских действий, связанный с ними риск и возможные осложнения мне известны.

Я имел (а) возможность задавать врачу любые вопросы и на все получил (а) исчерпывающие ответы.

Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный план лечения или требующие дополнительных исследований, манипуляций, процедур, переливания крови или ее компонентов. Я доверяю врачу и его ассистентам принимать соответствующие решения в соответствии с их профессиональным суждением и выполнить любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми для улучшения моего состояния.

Я осознаю, что преимущества предлагаемого лечения перевешивают неотъемлемые риски возникновения осложнений.

Я прочитал (а) настоящее Согласие, понимаю его смысл, принимаю данные факты и уполномочиваю врача выполнить медицинское вмешательство, что и подтверждаю своей подписью.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

Подпись пациента/представителя \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_



## **Информированное добровольное согласие на проведение консультации, осмотров, выполнение необходимых манипуляций**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона « Об основах здоровья охраны граждан в Российской Федерации».

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента )

доверяю специалистам клиники проводить консультации, выполнять осмотры и перевязки и в контексте этого выполнять следующие действия, а именно:

- 1.1 Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- 1.2 Осмотр, а также пальпацию, перкуссию, аускультацию;
- 1.3 Антропометрические исследования;
- 1.4 Термометрию;
- 1.5 Тонометрию;
- 1.6 Исследование функций нервной системы (чувствительной сферы);
- 1.7 Назначать лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;
- 1.8 При необходимости назначать дополнительные методы обследования, в том числе электрокардиографию, магниторезонансную томографию; в отдельных случаях назначать консультации узких специалистов;
- 1.9 Рентгенологические методы обследования (рентгенографию, ортопантомографию, прицельную рентгенографию, компьютерную томографию);
- 1.10 Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

2. Содержание и смысл указанных выше медицинских действий мне известны.
3. Я имел (ла) возможность задавать любые вопросы и на все получил(ла) исчерпывающий ответы.
4. Я подтверждаю, что сообщил (ла) врачу всю связанную с моим здоровьем, физическим и психическим состоянием информацию.
5. Я согласен (на), чтобы меня сфотографировали перед, во время и после лечения.
6. Я прочитал (ла) данное Согласие, понимаю его смысл, принимаю данные факты и настоящим уполномочиваю врача выполнить консультацию, производить в дальнейшем осмотры, что и подтверждаю своей подписью.

«\_\_»\_\_\_\_\_201\_\_г

Подпись пациента/представителя\_\_\_\_\_

Подпись врача\_\_\_\_\_



## **Информированное добровольное согласие на стоматологическое лечение по снятию зубных отложений**

Информированное согласие составлено в соответствии со ст.19,20,22 « Основ охраны здоровья граждан РФ». №323. от 21.11.2011г. и 2.1 Договора с учетом особенностей оказания медицинской помощи пациенту по терапевтической стоматологии.

Мне, \_\_\_\_\_ доктор Сумлинский И.В. сообщил, что показана процедура по снятию зубных отложений.

Доктор разъяснил мне, что проведение процедуры профилактической гигиены полости рта показано до начала стоматологического лечения с целью изучения состояния ротовой полости, зубов, качества пломб, выявления дефектов и кариозных поражений, и необходимости для качественного восстановления зубов пломбировочным материалом.

Лечение зубных отложений представляет собой их удаление. В зависимости от вида зубного налета (мягкого поверхностного налета, окрашенного въевшегося налета, налета курильщика, наддесневого и поддесневого камня, их сочетания) лечение заключается в снятии зубных отложений посредством воздействия на зуб ручными стоматологическими инструментами, либо с применением ультразвукового воздействия, включая обработку корня зуба, неровностей пломб и сколов эмали с дальнейшей шлифовкой и полировкой поверхности зубов. Для полировки применяются специальные препараты с абразивным эффектом и ультразвуковые стоматологические инструменты с гладкими насадками. При проведении процедур профессиональной гигиены также может проводиться промывание десневого края.

В зависимости от количества зубных отложений, давности и причины их возникновения процедура удаления зубных отложений проводится одномоментно либо в несколько этапов, включая механическое очищение и обработку абразивными препаратами, в том числе с применением местной анестезии: возможны как проведение инъекционной обезболивающей блокады, так и обработка слизистой полости рта анестезирующими спреями или гелями.

Применение в процессе снятия зубных отложений, давности и причины их возникновения процедура удаления зубных отложений проводится одномоментно либо в несколько этапов, включая механическое очищение и обработку абразивными препаратами, в том числе с применением местной анестезии: возможны как проведение инъекционной обезболивающей блокады, так и обработка слизистой полости рта анестезирующими спреями или гелями.

Применение в процессе снятия зубных отложений местной анестезии привести к следующим осложнениям- возникновению сильных болевых ощущений в месте укола, гематомы ( кровоизлияния) в месте укола, эрозии в месте укола, аллергической реакции на обезболивающие вещество (сыпи, отёка мягких тканей, анафилактического шока), токсической реакции на обезболивающее вещество (тошноты, головокружения, кратковременной потери сознания, нарушения координации).

В результате проведения процедуры снятия зубных отложений возможно возникновение следующих клинических проявлений: возникновение повышенной чувствительности зубов, а том числе усиление чувствительности зубов на дефектах пломб, обнаженных корнях, трещинах зубов, кариозных полостях, разрушение болезненных ощущений в области десневого края, покраснение, жжение десен, развитие кровоточивости десен.

Обращаем Ваше внимание, что зубные отложения в полости рта являются источником аутоинфекции, поэтому при их удалении возможны симптомы, предшествующие простудным явлениям с подъемом температуры.

Учитывая естественный процесс возникновения зубного налета, достигаемый положительный эффект от процедуры снятия зубных отложений непостоянен. Длительность сохранения полученного результата зависит от качества гигиены полости рта, индивидуальных особенностей организма, ( в том числе особенностей зубной эмали), особенностей питания, приема лекарственных препаратов, минерального состава слюны, а также от наличия патологических зависимостей ( в частности, курения) и возраста пациента.

С целью сохранения положительного эффекта от процедуры и предупреждения появления и развития зубного налета и зубного камня рекомендуется тщательное соблюдение гигиены полости рта, в том числе с использованием электрических зубных щеток, ирригаторов.

Обязательным является периодическое удаление зубных отложений от одного раза в три месяца (при наличии ортодонтических, ортопедических конструкций, множественных пломб на зубах, заболеваниях десен) до одного раза в год.

Соблюдение графика посещений профилактических осмотров с выполнением процедуры по удалению зубных отложений способствует достижению положительного результата проводимого стоматологического лечения.

В случае отказа от удаления зубных отложений у пациента возможно развитие кариозного процесса, воспаление и кровоточивость десен, убыль кости челюсти и, образования патологических пародонтальных карманов с повреждением окружающих зуб тканей.

Воспалительные процессы в полости рта могут обусловить развитие заболеваний верхних дыхательных путей, инфекции желудочно-кишечного тракта, заболевание крови.

Я согласен (а) на проведение лечения.

Я получил (а) исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен (а) с ним.

« \_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г

Подпись пациента/представителя \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_



## **Информированное добровольное согласие на косметическое восстановление зубов винирами**

Информированное согласие составлено в соответствии со ст.19,20,22 «Основ охраны здоровья граждан РФ» №323 от 21.11.2011г.

Мне, \_\_\_\_\_, предоставлена вся интересующая меня информация о предстоящем лечении.

Я понимаю, что технология виниров относится к разряду косметического протезирования, т.о. в последствии, я обязуюсь к восстановленным винирам зубам не применять чрезмерной нагрузки и контролировать вредные привычки (прикусывание твердых предметов).

Я ознакомлен с тем, что достижения наилучшего косметического результата, мне может понадобиться процедура отбеливания некоторых групп зубов и, в таком случае, все процедуры отбеливания зубов должны быть завершены за 1 месяц до начала работы.

Я понимаю необходимость выполнения полного комплекса подготовительных и диагностических мероприятий перед началом протезирования, а именно изготовление и анализ диагностических моделей, проведение диагностики височно-нижнечелюстного сустава, выполнение избирательного пришлифовывания зубов, изготовление воскового моделирования и примерку шаблона (аналога будущей конструкции). При выявлении противопоказаний к восстановлению зубов винирами, в услуге пациенту будет отказано, и деньги за выполнение диагностические мероприятия не возвращаются.

После фиксации виниров, я обязуюсь пройти диагностику состояния прикуса на аппарате T-Scan с последующей возможной коррекцией окклюзионных контактов с повышенной нагрузкой.

Я проинформирован, что гарантия на виниры осуществляется при условии явки на контрольный осмотр 1 раз в 6 месяцев и составляет 3 года.

Я согласен (а) с предложенным мне лечащим врачом планом лечения.

Я получил (а) исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен (а) с ним.

«\_\_»\_\_\_\_\_201\_\_г

Подпись пациента/представителя\_\_\_\_\_

Подпись врача\_\_\_\_\_