

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Восстановление коронковой части зуба (build up) на штифтах для последующего протезирования

1. Настоящее Информированное согласие разработано во исполнение требований: статей 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункта 14, 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП РФ от 04.10.2012 года № 1006); ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
2. Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме**
3. Согласно ч. 2 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 в отношении лица, не достигшего возраста 15 лет, согласие на медицинское вмешательство дает один из его родителей либо иной законный представитель.¹

Уважаемые родители, в силу ст. 63, 64 СК РФ, ст. 28 ГК РФ информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство не может быть подписано бабушкой, дедушкой, тетей и прочими родственниками, не являющимися законными представителями детей. Принимать решения относительно здоровья ребенка, не достигшего возраста 15 лет, могут только его законные представители.

Я, _____
проинформирован(а) лечащим врачом о поставленном диагнозе: **хронический периодонтит**, и необходимости лечения зуба в соответствии с Предварительным планом лечения.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что при данной клинической ситуации сильное разрушение коронковой части зуба требует усиления корневыми штифтами до того, как будет установлена коронка. **Этап установки штифтов является промежуточным и не может обеспечить полноценное функционирование зуба и выдержать жевательную нагрузку и, как любой другой промежуточный этап лечения, не может иметь гарантий, связанных с фиксацией времени эксплуатации:** работы по протезированию должны следовать непосредственно за этапом восстановления штифтами и композитом. Гарантийные обязательства на этом этапе включают использование качественных материалов, методик и высокую квалификацию доктора.

Цель лечения: усиление механической прочности зуба для последующей установки коронки

Абсолютные противопоказания: кариес корня, разрушение зуба глубже десневого края, трещины корня.

Методы лечения: в корневом канале фиксируется стекловолоконный или анкерный штифт (штифты), после чего на них наращивается пломбировочный материал.

Возможные осложнения: сколы эмали зуба, пломбировочного материала, трещины и переломы корня.

Возможные последствия отказа от восстановления: дальнейшее разрушение, потеря зуба.

Ожидаемые результаты:

- восстановление функции и эстетики после закрытия коронкой; или
- дальнейшее разрушение с потерей зуба, в случае отказа от коронки.

Прогноз: благоприятный (при установке коронки); не благоприятный (при отказе от коронки).

Альтернативное лечение: удаление зуба с последующей имплантацией.

Рекомендации: после восстановления зуба в кратчайший срок (не более 2-х недель) приступить к протезированию. До установки коронки исключить жевательные нагрузки на зуб.

Обезболивание. Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта: от 15 минут 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 анестезия может привести к аллергии, анафилактическому шоку, травматизации нервных окончаний. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать гематому, отечность десны, ограничение открывания рта. Мне разъяснено, что обезболивание затруднено: при остром пульпите; при выраженном стрессе; в области существующего воспаления; в области зубов нижней челюсти; после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я _____

даю информированное добровольное согласие на восстановление зуба для последующего протезирования.

Биологические особенности организма пациента и их влияние на результат лечения

Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы либо части текста отсутствуют.

Я понимаю цель и назначение описанной манипуляции, а также цель и смысл рекомендаций и назначений врача. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и ясные мне по содержанию разъяснения.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются вероятными объективными неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала.

Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат манипуляции. Я понимаю также, что прогноз об исходе заболевания (состояния) дается врачом исходя из собственного врачебного опыта и данных медицинской статистики, при этом я, как конкретный пациент в конкретной ситуации лечения, не являюсь усредненной статистической единицей.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я подтверждаю, что Исполнителем мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства согласно поставленному мне диагнозу.

Я понимаю, что факт моего согласия на медицинское вмешательство влечет соответствующие юридические последствия. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.

Я подписываю настоящий документ, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой и доступной для понимания информацией для принятия решения.

Подпись пациента (законного представителя):

ФИО _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись врача:

ФИО _____

« _____ » _____ 20 _____ г.