

# ОБРАЗЕЦ

Приложение № 2  
к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

## **Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство Терапевтическое лечение (лечение кариеса твердых тканей зуба) в стоматологии в ФГБУЗ КБ № 33 ФМБА России**

На основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736

Я, нижеподписавшийся(аяся), \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество гражданина, одного из родителей ребенка до 15 лет, иного законного представителя)

**(фамилия, имя, отчество ребенка (до 16 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель)**

медицинское вмешательство Лечение кариеса твердых тканей зуба

**(наименование вида медицинского вмешательства)**

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

1. Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

2. Лечение кариеса твердых тканей зуба заключается в иссечении твердых тканей зуба, пораженных кариесом и замещении их пломбирочным материалом с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма.

3. Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях и методах лечения кариеса твердых тканей зуба, объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

4. Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана, лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В частности:

- кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (реставрации);

- кариозное поражение, которое кажется "небольшой дырочкой", может при обработке зуба оказаться значительной полностью, а следовательно, потребуется реставрация значительной части зуба или постановка коронки (по ситуации);

- при обширном кариозном поражении возможно возникновение необходимости лечения корневых каналов

5. Решения о проведении лечения кариеса твердых тканей зуба принимает пациент или его законный Представитель, пациент (законный представитель), может отказаться от проведения лечения.

6. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости: появление и нарастание болевых ощущений, развитие местных осложнений, требующих эндодонтическое лечение: разрушение и потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

7. Я предупрежден (а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства:

- воспаление пульпы вследствие проникновения в нее бактерий кариозного поражения, в этом случае потребуется: а) снять поставленную пломбу, б) пролечить каналы, в) поставить новую пломбу;

- возникновение постоперативной чувствительности или боли при накусывании, дискомфорт, чувствительность к температурным раздражителям в течении нескольких дней после постановки пломбы;

8. Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

9. Я проинформирован(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате доведения данного медицинского вмешательства.

10. Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни. Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1., 3.ст. 3., ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ "О персональных данных", для целей оказания мне медицинских услуг.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на лечение кариеса твердых тканей зуба мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Я принимаю решение осуществить лечение кариеса твердых тканей зуба на предложенных мне условиях.

Подпись пациента (законного представителя) / \_\_\_\_\_ /Дата ' \_\_\_\_\_

Лечащий врач \_\_\_\_\_ /Дата \_\_\_\_\_

## **ОБРАЗЕЦ**

Приложение № 3  
к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

### **Информационное согласие пациента на проведение терапевтического лечения в стоматологии в ФГБУЗ КБ № 33 ФМБА России**

На основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736

Я . пациент (Ф И.О.): \_\_\_\_\_

проинформирован, что при лечении глубоких или обширных кариозных процессов существует вероятность возникновения показаний к удалению сосудисто-нервного пучка, как во время лечения , так и после лечения. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление или. нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, а также системные проявления заболевания

Альтернативным методом лечения является удаление пораженного зуба(ов') или отсутствие лечения как такового.~~ Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех

Врач понятно объяснил мне все возможные осложнения которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно:

1 Имеется определённый процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения что может потребовать. перелечивания корневых каналов в будущем периапикальной хирургии и даже удаление зуба.

2. Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба,

3. При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается что связано с невозможностью удалить старую корневую пломбу либо металлический штифт из корневого канала, - с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов)

При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии

Даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя гарантировать- что зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем, если зуб не будет покрыт коронкой

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения. В будущем обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

Я осведомлён о возможных осложнениях во время анестезии и приёма антибиотиков Я проинформировал врача обо всех случаях аллергии на медикаментозные препараты с прошлым и об аллергии в настоящее время

Подпись пациента \_\_\_\_\_

4 Для проведения качественного лечения в соответствии с медицинскими стандартами оказания стоматологической помощи жителям Воронежской области необходимо проведение рентгенографии (диагностической контрольной) и после проведения лечения без рентгенографии возможно возникновение и развитие различных осложнений

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению . Я также имел возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился с данным Дополнением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Подпись пациента / \_\_\_\_\_ /Дата \_\_\_\_\_

Лечащий врач \_\_\_\_\_ /Дата \_\_\_\_\_