ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА КОМПЛЕКС ОБСЛЕДОВАНИЙ (ПЕРВИЧНОЕ)

Я, Проверочный Иван Иванович, 23.12.1978 г.р., зарегистрированный по адресу: г. Москва, ул. Космонавтов, д. 24, к. , кв. 67, проживающий по адресу: _____, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «Эппл Дент».

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О.) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1. Настоящее информированное согласие разработано на основании ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказа Минздравсоцразвития РФ № 390н от 23 апреля 2012 года, Приказа Минздрава России № 1051н от 12.11.2021 г.
2. Согласно ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 года № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.
3. Информированное добровольное согласие на комплекс обследований дается пациентом либо его законным представителем **один раз при первичном обращении в медицинскую организацию** и действительно в течение всего срока оказания услуг в медицинской организации.

В целях проведения полноценного и качественного обследования, правильного выбора методов лечения врачу стоматологу может потребоваться провести:

1. Опрос, в том числе, выявление жалоб, сбор анамнеза. Опрос сопровождается занесением информации о пациенте в медицинскую карту с последующим подтверждением слов пациента своей подписью.

2. Осмотр, в том числе:
- ***пальпация*** (метод медицинского обследования, основанный на осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони ощупывающей руки. С помощью пальпации определяют свойства тканей и органов: их положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, топографические соотношения, а также болезненность исследуемого органа);
- ***перкуссия*** (метод медицинского обследования, состоящий в выстукивании участков тела и определении по характеру возникающего при этом звука физических свойств расположенных под перкутируемым местом органов и тканей (главным образом их плотности, воздушности и эластичности);

Целью осмотра является оценка внешнего вида и симметричности лица, цвета кожных покровов, состояния лимфатических узлов, слизистой оболочки полости рта, определение числа зубов, их положения, цвета и состояния, состояния кожи.

3. Рентгенологическое исследование в стоматологии — это способ диагностики челюстно-лицевой области, помогающий выявить скрытую патологию и избежать ошибок при проведении стоматологических манипуляций:
- ***ортопантомография*** (метод визуализации зубного ряда, полостей носа, плотности и толщины кости, а также диагностики патологий височнонижнечелюстного сустава при помощи цифрового рентгеновского аппарата);
- ***телерентгенография*** (рентгенологическое исследование, используемое в ортодонтии; представляет собой боковой либо прямой снимок черепа, позволяет определить правильность расположения верхней и нижней челюсти относительно основания черепа, поставить ортодонтический диагноз, правильно выбрать метод лечения);
- ***компьютерная томография*** (метод трехмерной визуализации обеих челюстей, придаточных пазух носа и височно-нижнечелюстного сустава с минимальной лучевой нагрузкой для пациента, необходимо при комплексной стоматологической реабилитации, а также некоторых состояниях в эндодонтии, хирургии, пародонтологии, ортопедии);

Процедура проведения: пациент находится в положении стоя на указанном специалистом месте по отношению к аппарату, подбородок устанавливается на специальный упор с прикусником, а рама с датчиком и рентгеновским излучателем поворачиваются вокруг головы пациента.

Противопоказания: беременность; кормление грудью; детский возраст до 5 лет (исследование проводится в определенных клинических случаях по решению лечащего врача); проведение рентгенологического вдевания внутренних органов (желудка, кишечника и т.п.), позвоночника в течение одной недели до и после дентальной КТ; отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевойтерапин по поводу сопутствующих заболеваний - менее чем за 6 месяцев до настоящего времени; работа, связанная с использованием источников ионизирующего излучения).

Информация о лучевой нагрузке на пациента: лучевая нагрузка при выполнении ортопантомограммы, телерентгенограммы – 0.012-0.013 мЗв (микрозиверт), компьютерной томограммы – 0.069-0.072 мЗв., Максимальная лучевая нагрузка на пациента в год по данным Всемирной организации здравоохранения 1 мЗв.

4. Инструментальное обследование (один из самых главных методов диагностики, проводится с использованием стоматологического зеркала, специальных зондов, позволяет оценить состояние каждого зуба, состояние эмали, наличие кариозных полостей, болезненность зубов).

5. Применение цифровой внутриротовой видеокамеры (используется для визуализации и увеличения до 100 раз поверхности зубов и слизистой оболочки полости рта).

6. Специальные методы диагностики стоматологических состояний и заболеваний, в частности:

Образец

- ***электроодонтодиагностика*** (метод оценки возбудимости чувствительных нервов зуба при их раздражении электрическим током);
- ***термоодонтодиагностика*** (метод оценки состояния возбудимости чувствительных нервов зуба с помощью температурных раздражителей);
- ***реодентография*** (метод оценки состояния пульпы зуба, основанный на графической регистрации пульсирующего потока крови по сосудистой системе пульпы зуба);
- ***создание диагностических моделей челюстей пациента*** (необходимы для постановки диагноза и для контроля лечения, то есть, оценки начального состояния, после препарирования, после наложения и фиксации протезов) и другие методы.

7. Фотографирование - проводится цифровой камерой с целью диагностики, планирования, визуализации ситуации в полости рта. Проводиться в случаях планируемых эстетических работ, при ортодонтическом лечении, а также при эндодонтическом лечении с помощью микроскопа.

За исключением опроса, проводимого на любом приеме любого специалиста, все остальные перечисленные методы диагностики применяются при наличии соответствующих показаний и при правильном их применении:

1. Исключают внесение во внутреннюю среду организма болезнетворных вирусов и бактерий, чужеродных веществ;
2. Как правило, не сопровождаются болевыми и иными неприятными ощущениями, если только их целью не ставится определение степени болезненности;
3. Не сопровождаются рисками для здоровья.

Ознакомившись с перечнем диагностических мероприятий, применяемых в клинике, я, даю согласие на их назначение и проведение мне (либо моему ребенку) любым из специалистов клиники, если их проведение необходимо для постановки или уточнения моего диагноза (диагноза моего ребенка), а также выбора мероприятий по лечению.

Все термины данного информированного согласия, а также цели каждой диагностической манипуляции мне понятны, на возникшие вопросы получены полные и ясные мне ответы.

Имеются диагностические мероприятия, в отношении которых я заявляю об отказе от их проведения, в частности:

Отказываясь от применения данных диагностических манипуляций, я осознаю, что лишаю врача возможности получения более точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья (здоровья моего ребенка).

Я понимаю, что факт дачи мною согласия на медицинское вмешательство имеет соответствующие юридические последствия. ***Я*** подписываю настоящее согласие на медицинское вмешательство, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой информацией для принятия решения.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

- Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи. _____ (**Проверочный Иван Иванович**).
  подпись ФИО

  или
- Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи. _____ (**Проверочный Иван Иванович**).
  подпись ФИО

  или
- Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи. _____ (**Проверочный Иван Иванович**.

  подпись

  ФИО

Потребитель(Пациент) ✓ _____
(Подпись пациента/законного представителя, телефон)

Врач ✓ _____
(Подпись врача)

Образец