№ карты

Информированное добровольное согласие на проведение диагностического терапевтического вмешательства

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19–23 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен(на) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, Проверочный Иван Иванович,

получил(а) всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. **Цель лечения.** Диагностическое терапевтическое вмешательство проводится с целью уточнения возможности сохранения зуба, оценки состояния твердых тканей зуба, корневых каналов и периапикальных тканей. Вмешательство направлено на получение информации, необходимой для определения дальнейшей тактики лечения.

2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства.** Мне объяснено, что с целью уточнения возможности сохранения зуба планируется проведение диагностического терапевтического вмешательства, включающего:
   - проведение местной анестезии;
   - изоляция зуба (коффердамом);
   - препарирование зуба;
   - оценка состояния твердых тканей зуба;
   - при необходимости ревизию корневых каналов.

   При необходимости также могут быть выполнены дополнительные манипуляции: удаление пломбы, временное закрытие полости зуба, контрольные рентгенологические исследования.

3. **Возможные варианты после вмешательства.** Я понимаю, что после проведения диагностического вмешательства возможны следующие варианты:
   - продолжение эндодонтического лечения (при благоприятных анатомических и клинических условиях);
   - временное закрытие зуба и динамическое наблюдение;
   - направление на удаление зуба (при выявлении обстоятельств, делающих сохранение зуба невозможным или нецелесообразным).

4. **Обстоятельства, препятствующие сохранению зуба**. Мне разъяснено, что в ходе вмешательства могут быть выявлены обстоятельства, препятствующие сохранению зуба, включая, но не ограничиваясь:
   - продольная трещина или перелом корня зуба;
   - перфорация стенки корня или дна полости зуба;
   - выраженная резорбция тканей (внутренняя или наружная);
   - непроходимость корневых каналов, не поддающаяся инструментальной обработке;
   - значительное разрушение коронковой части зуба, отсутствие условий для его восстановления;
   - иные патологические изменения, делающие сохранение зуба невозможным.

   В случае выявления вышеуказанных состояний врач может принять решение о нецелесообразности дальнейшего лечения и рекомендовать удаление зуба.

5. **Риски, последствия, осложнения**. Я понимаю, что диагностическое терапевтическое лечение является медицинским вмешательством. Возможны следующие осложнения и последствия:
   - болевые ощущения после окончания действия анестезии;
   - отёк, воспаление мягких тканей;
   - инфицирование корневых каналов при несоблюдении рекомендаций;
   - необходимость повторного обращения или дополнительных вмешательств;
   - невозможность сохранения зуба (несмотря на выполненное диагностическое вмешательство);
   - аллергическая реакция на анестетики или другие материалы;
   - повреждение соседних зубов или мягких тканей (редко, но не исключено).

   Я осознаю, что указанные выше осложнения не всегда являются следствием некачественно предоставленной услуги и могут быть обусловлены индивидуальными особенностями организма, предшествующим лечением, а также иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

6. **Противопоказания**. Мне сообщены противопоказания к проведению диагностического терапевтического вмешательства, включая, но не ограничиваясь: тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации; острые инфекционные заболевания; нарушения свертываемости крови (без коррекции); аллергия на

Образец

анестетики; отказ пациента. Я подтверждаю, что сообщил(а) врачу все сведения о состоянии своего здоровья, принимаемых лекарствах, аллергиях и беременности.
7. **Предполагаемые результаты**. Ожидаемым результатом является получение объективной информации о состоянии зуба и корневых каналов для принятия решения о дальнейшем лечении. Я понимаю, что гарантия сохранения зуба до начала вмешательства отсутствует, а результат диагностического вмешательства может быть как благоприятным (возможность дальнейшего лечения), так и неблагоприятным (рекомендация к удалению).
8. Я обязуюсь соблюдать рекомендации врача до и после вмешательства: не принимать пищу до окончания действия анестезии, соблюдать гигиену полости рта, своевременно являться на контрольные осмотры и к назначенному лечению, информировать врача о любых изменениях состояния здоровья.
10. Я информирован(а), что несвоевременная явка на прием, невыполнение рекомендаций врача или их неполное выполнение могут привести к развитию осложнений, ухудшению прогноза сохранения зуба и увеличению сроков лечения. В случае отказа от лечения после диагностического вмешательства или его прерывания по моей инициативе я самостоятельно несу риск наступления неблагоприятных последствий.
11. Я понимаю, что должен(на) незамедлительно информировать лечащего врача о любых изменениях состояния здоровья, возникновении аллергических реакций, болей, отеков, повышении температуры, а также о принимаемых лекарственных препаратах.
12. Я даю свое согласие на проведение диагностического терапевтического вмешательства на условиях, изложенных в настоящем документе. Мне было достаточно времени для принятия решения, я получил(а) исчерпывающие ответы на все вопросы.
13. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.
Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии диагностического вмешательства регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется (за исключением случаев изменения плана вмешательства).

Я принимаю решение о проведении диагностического вмешательства на вышеизложенных условиях.

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 (в том числе после смерти):

_____
Ф.И.О., контактный телефон

- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи.
- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.
- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

Беседу провел врач _____ / _____
(подпись)

Потребитель(Пациент) согласился с проведением медицинского вмешательства
(подпись)

Потребитель(Пациент) отказался от проведения медицинского вмешательства
(подпись)

Образец