

**Информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях и предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, а также о последствиях несоблюдения рекомендаций врача.**

**Информированное добровольное согласие на медицинское обследование (опрос, осмотр), исследование (рентгенологическое, с помощью программы «Диагнокат»), применение местной анестезии**

**(основание - ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 323-ФЗ от 21.11.2011).**

Я, Заказчик (Потребитель)(ФИО) \_\_\_\_\_

являясь законным представителем \_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество ребенка до 15 лет)*

подтверждает, что до заключения договора, в доступной форме настоящей информации уведомлен Исполнителем (ООО «Цифровая Стоматология» или «Клиника») о том, что:

1. Несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения (посещения клиники), могут снизить качество услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья, а также предупрежден о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2. Какие виды медицинской деятельности осуществляет Исполнитель., о режиме работы Исполнителя., качестве и условиях предоставления медицинской помощи., об эффективности методов лечения., используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях., уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг., об условиях, порядке, форме предоставления услуг и порядке их оплаты., о сроках годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению лекарственных средств и мед. изделий.

**Медицинское обследование (опрос, осмотр., рентгенологическое исследование., исследование с помощью программы «Диагнокат»).**

#### **Цели:**

Целью обследования является: распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний зубов и других органов челюстно-лицевой области, постановка диагноза, оценка внешнего вида и симметричности лица, цвета и состояния кожных покровов, состояния лимфатических узлов, слизистой оболочки полости рта, определение числа зубов, их положения, цвета и состояния, а также составление плана лечения.

Я понимаю, что максимально точная постановка диагноза стоматологических заболеваний, исключение заболеваний челюстно-лицевой области, являются приоритетом врача при назначении диагностических мероприятий. Я информирован о том, что результаты обследования будут внесены в амбулаторную карту, доведены до меня лично в устной форме, а при необходимости будут предоставлены мне в виде выписки. При этом будут строго соблюдены принципы сохранности врачебной тайны.

Я информирован (а) о том, что **методы обследования и лечения**, используемые в клинике соответствуют медицинским стандартам, клиническим рекомендациям и протоколам, утверждённым и рекомендованным Министерством здравоохранения Российской Федерации и Стоматологической Ассоциацией России. При обследовании применяются оборудование, технологии и материалы, сертифицированные для применения в Российской Федерации.

**Методы оказания медицинской помощи ( обследование) включают в себя:**

\* **Опрос в том числе, выявление жалоб, сбор анамнеза** о состоянии здоровья. Опрос - сбор врачом сведений (анамнез) о жизни, наследственной отягощенности, о перенесенных заболеваниях, о хронических заболеваниях и проведенных обследованиях и операциях, о аллергических реакциях (лекарства, пищевые продукты и иное), диспансерном наблюдении, инвалидности и т.п. Сокрытие или сообщение недостоверных сведений об указанных обстоятельствах и иных сведениях о здоровье по запросу врача, может привести к неполному обследованию, постановке неправильного диагноза, формирования неоптимального плана лечения, что может потребовать в последующем проведения дополнительных диагностических вмешательств, консультаций специалистов, иных незапланированных вмешательств и, соответственно, к увеличению стоимости оказываемых услуг

О состоянии здоровья я сообщил(а) в Анкете здоровья пациента. Я подтверждаю, что предложенная мне «Анкета пациента» о перенесенных мною заболеваниях и имевших место осложнениях заполнена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна. Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся заболеваний, травм и ранее выполненных операций.

\* **Осмотр полости рта и челюстно-лицевой области**, который обязательно предполагает использование различных стоматологических инструментов (зеркало, зонд, пинцет и др.) в том числе:

**Пальпация** (метод медицинского обследования, основанный на осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони руки). С помощью пальпации определяют свойства тканей и органов: их положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, топографические соотношения, а также болезненность исследуемых зубов); Пальпацию челюстно-лицевой области и смежных областей производят пальцами одной руки, а другой рукой удерживают голову в необходимом для этого положении. На стоматологическом приеме осуществляется пальпация челюстно-лицевой области (головы, шеи, мышц и мягкотканых образований полости рта), а также плечевого пояса и некоторых отделов позвоночника;

**Перкуссия** - в стоматологии проводится с помощью стоматологических инструментов при открытой полости рта, легко постукивая инструментом по различным участкам поверхностей зуба;

**Инструментальное обследование** - проводится с использованием стоматологического зеркала, специальных зондов, позволяет оценить состояние каждого зуба, состояние эмали, наличие кариозных полостей и некариозных поражений, состояние пародонта.

**Внутриротовое фотографирование и видеосъемка (фотодокументация)** - проводится цифровой фотокамерой с целью визуализации параметров челюстно-лицевой области (головы, шеи и полости рта). Используется для диагностики, планирования, оценки динамики и результата лечения, а также для коммуникации с зуботехнической лабораторией, для достижения эстетических результатов лечения исходя из требований пациента. Я информирован, что необходимость фото документирования определяется каждым специалистом применительно к каждому конкретному случаю и используется профессиональная камера., противопоказаний нет., во время фотографирования необходимо закрыть глаза для защиты от вспышки.

\* **Окрашивание зубов кариес-маркером и окрашивание зубного налета** – применяется в стоматологии для визуализации зубного налета, кариозных повреждений. Используемый краситель не имеет противопоказаний, смывается при чистке зубов.

\* **Рентгенологическое исследование.** Для детального исследования состояния зубочелюстного аппарата в глубоко расположенных уровнях (корневого канала, околокорневых тканей, кости верхней и нижней челюсти, десны, гайморовых пазух, височно-нижнечелюстного сустава и др.) необходимо рентгенологическое исследование - прицельный снимок одного (или нескольких зубов) и/или панорамный снимок всех зубов верхней и нижней челюсти- ортопантомограмма (ОПТГ). Альтернативным методом является КТ (компьютерная томография) или МРТ (магнитно-резонансная томография). Метод является основным для диагностики состояния твердых тканей зуба и проводится при отсутствии противопоказаний. На первичной консультации проводится диагностическая ортопантомограмма, а также диагностические интерпроксимальные (прикусные) снимки. Такая диагностика позволяет выявить наличие скрытого кариеса, деструкцию костной ткани, пародонтит, наличие зубных камней, качество ранее поставленных пломб и коронок. Диагностические снимки проводятся каждые 2 года на профилактических осмотрах. Проведение прицельных рентгенологических снимков требуется при глубоком кариесе, а также при осложненных формах кариеса (пульпит, периодонтит), а также на этапах лечения для оценки качества лечения. Рентгенологическое исследование это неинвазивный, высокодостоверный и быстрый метод визуализации зубочелюстной области (челюстно-лицевой области) и прилегающих структур, позволяющий в кратчайшие сроки получить информацию о текущей патологии, выявить скрытую патологию, спланировать и проконтролировать необходимое пациенту лечение.

**Конусно-лучевая компьютерная томография** - метод трехмерной послойной визуализации обеих челюстей, придаточных пазух носа и височно-нижнечелюстного сустава с высоким пространственным разрешением, необходимо при комплексной стоматологической реабилитации, а также некоторых состояниях в терапии, хирургии, пародонтологии, ортопедии, ортодонтии;

**Интраоральная рентгенография зубов** - цифровой снимок в области одного или нескольких рядом стоящих зубов и прилегающих структур в высоком разрешении.

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

\* **Обследование зубов при помощи программы «Диагнокат»** – это одна из современных технологий в РФ и основана на методе просвечивания зуба лазерным лучом. Поврежденные кариозным процессом ткани зуба плохо проводят лазерный свет, это связано с изменением структуры зуба. Цифровая камера фиксирует изображение зуба (здоровые ткани зуба светятся, пораженные ткани видны в виде затемненных на общем фоне участков), компьютер фиксирует полученный результат в режиме реального времени. Метод позволяет определить кариозное повреждение на ранней стадии, не имеет противопоказаний, может быть использован детям, беременным, кормящим матерям.

**Риски, последствия, осложнения, противопоказания:**

**Для рентгенологического исследования** - беременность; проведение рентгенологического обследования 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 лучевой терапии 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 – 8-20 мкЗв (микрозиверт), компьютерной томограммы – 32мкЗв., радиовизиографии - 0,2-0,9 мкЗв. Максимальная лучевая нагрузка на пациента в год при профилактических исследованиях по данным Всемирной организации здравоохранения 1000 мкЗв в год. Верхний порог лучевой нагрузки при диагностических исследованиях, в том числе и для детей, не установлен.

Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

В силу возможного неблагоприятного влияния суммарного эффекта рентгенологических воздействий превышающих установленную предельно допустимую дозу, Пациент должен проинформировать лечащего врача, врача рентгенолога или рентгенлаборанта о ранее проведенных рентгенологических исследованиях. Женщины должны сообщить о наличии беременности и о предполагаемом сроке.

**Для осмотра (пальпация, перкуссия)** - оценка болевой чувствительности могут вызвать временный дискомфорт и неприятные ощущения, усиление слюноотделения, рвотный рефлекс, проявление или усиление болезненности, повышение болевой чувствительности, появление или усиление отечности в области патологических изменений тканей, кровоточивость десен, как правило, носящих временный

характер. В далеко запущенных случаях кариеса (стадия пульпита, периодонтита) устранение подобных болезненных проявлений возможно только после проведения лечения, в том числе эндодонтического (удаление нервно-сосудистого комплекса в корневом канале зуба), в исключительных случаях, может потребоваться удаление зуба или иное хирургическое вмешательство по медицинским показаниям. В случае произвольных и непроизвольных движений пациента (сокращение мышц при сглатывании слюны, кашле, движениях языком, губами и т.п.) возможно возникновение незначительных проходящих повреждений поверхности слизистой полости рта, десны, кожно-губных складок используемым стоматологическим инструментом (зондом). Возможность возникновения указанных последствий является предварительно согласованным условием оказания медицинской услуги (медицинских вмешательств), а их возникновение – не свидетельствует о ненадлежащем оказании медицинского вмешательства. В случае если болезненные ощущения сохраняются у Пациента более суток или усиливаются, повышается температура, увеличивается отечность тканей в области проведенных манипуляций, пациент должен незамедлительно проконсультироваться с Клиникой, непосредственно обратиться в клинику Исполнителя.

### **Применение местной анестезии**

**Цели. Предполагаемые результаты.** Мне разъяснена данная процедура, которая проводится с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии большинство стоматологических вмешательств не может производиться. Я получил(а) информацию об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Последствиями отказа от данной манипуляции могут быть: невозможность выполнения медицинского вмешательства, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. **Результатом анестезии** является временная потеря болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временное ощущение припухлости и онемения в этой области, длящиеся от 15 минут до нескольких часов.

**Методы.** При осуществлении стоматологического лечения под местной анестезией применяются следующие виды анестезиологического пособия:

\* **аппликационная анестезия**, представляющая собой метод поверхностного обезболивания зоны медицинского вмешательства посредством применения спрея 10% раствора лидокаина или геля для аппликационной анестезии;

\* **инфильтрационная анестезия** («заморозка»), применяемая, как правило, при проведении стоматологических манипуляций на верхней челюсти, выполняемая инъекцией анестетика под слизистую оболочку, надкостницу или внутрикостно. Положительный эффект достигается путем проникновения анестетика непосредственно к нерву зуба, при этом на другие зубы и все остальные ткани анестезия не распространяется;

\* **проводниковая анестезия**, применяемая, как правило, при проведении стоматологических манипуляций на нижней челюсти. При указанном виде обезболивания препарат подводится к ветвям тройничного нерва, при этом обезболивающий эффект наблюдается в заданной области иннервации. Проводниковая анестезия может применяться по усмотрению врача при оперативных вмешательствах в области больших коренных зубов, при операциях на деснах и больших по объему вмешательствах.

Введение препарата осуществляется карпульным шприцем, безигольным инъектором (одна или несколько инъекций), а также посредством нанесения в зону медицинского вмешательства геля или распыления аэрозоля. Обезболивающее действие анестетика наступает через 20-30 секунд и продолжается от 15 минут до 6 часов.

До проведения стоматологического лечения с применением анестезиологического пособия необходимо сообщить лечащему врачу сведения о лекарственной непереносимости и отягощённом аллергологическом анамнезе.

Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

### **Риски, последствия, осложнения, противопоказания:**

**Применение местной анестезии может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги:** шоку, аллергической реакции, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями. Введение анестетика проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Я осознаю риск, связанный с применением анестезии и медицинских препаратов, которые могут вызвать нарушение сознания и дыхания, дисфункцию мышц, судороги, сердцебиение, коллапс, повышение артериального давления, отек (включая отек «Квинке») и воспаление в месте инъекции, аллергию, кровотечение, гематомы, некроз тканей, потерю чувствительности языка, губ, неба, кожи лица и шеи, повреждения сосудов и нервов, токсической реакции на обезболивающее вещество (тошнота, рвота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации), истерической реакции, развитию длительного онемения в области укола, обусловленного попаданием препарата в нерв, кровотечения, гипертонии, обморока, коллапса, судорожных состояний, стенокардии, вызвать приступ бронхиальной астмы, эпилепсии, кашля, аритмии, острую дыхательную недостаточность.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях, что современные анестетики обычно не дают осложнений, однако при наличии опасений мне рекомендовано провести предварительные пробы на совместимость.

В связи с онемением зоны стоматологического вмешательства могут быть затруднены глотание и речь, что может обусловить попадание в дыхательное горло больших объемов слюны. В связи с возможностью онемения обширной области не рекомендуется употреблять пищу до момента частичного восстановления чувствительности.

Я предупрежден, что специфическим для детского возраста осложнением стоматологического лечения является анестезиофагия - значительное повреждение мягких тканей в результате кусания и жевания ребенком онемевшей слизистой оболочки после проведения местной анестезии. В основном это поражение встречается в области нижней губы, однако может локализоваться и на верхней губе и щеке. Возможные глубокие язвы могут нанести хоть и временный, но значительный ущерб здоровью ребенка. Непосредственная травма при

манипуляции может косвенно влиять на возникновение повреждений слизистой оболочки - например, приводить к активизации дремлющей в организме вирусной инфекции.

Я предупрежден о необходимости наблюдения за ребенком непосредственно после проведенного лечения и незамедлительном обращении в лечебное учреждение при указанных в настоящем согласии признаках осложнений.

#### **Общая информация для всего согласия.**

Для установки предварительного диагноза, уточнения наличия противопоказаний (абсолютных, относительных) к стоматологическим вмешательствам и формирования предварительного плана лечения может потребоваться дополнительное обследование в других медицинских учреждениях и организациях и консультация иных медицинских специалистов. Мне разъяснено, что Пациент имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать иного необходимого дополнительного обследования по рекомендации лечащего врача, в этом случае установление точного диагноза и эффективного лечения существенно затрудняется или становятся невозможными. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Мне разъяснено, что случае отказа от медицинского вмешательства возможно возникновение негативных последствий для здоровья, достижения предполагаемого результата и надлежащего исполнения договора. В случае получения отказа Пациента в осуществлении медицинских вмешательств Исполнитель вправе отказаться от исполнения договора в соответствии с условиями заключенного договора возмездного оказания медицинских услуг.

Предполагаемым результатом оказания медицинской услуги (описанного комплекса медицинских вмешательств) является установление предварительного диагноза и формирование предварительного плана лечения, ортодонтического, стоматологического лечения и протезирования.

При этом, я понимаю, что организм является биологической системой неподконтрольной в 100% случаев сознанию человека, поэтому невозможно гарантировать 100% точность и окончательность установленного диагноза. Я также понимаю, что в ряде случаев окончательный диагноз может быть установлен только непосредственно в ходе медицинского вмешательства (например: наличие пульпита может быть выявлено в ходе лечения кариеса), что в подобных случаях может потребовать проведения дополнительного обследования и изменения предварительно согласованного Плана лечения, соответственно и стоимости лечения.

Я имел (а) возможность задать вопросы врачу и получить ответы, в том числе в письменной форме:

---

(Заполняется собственноручно Пациентом или законным представителем)

Настоящий документ мною прочитан, я понимаю, что он является неотъемлемой частью договора на оказание медицинских услуг и его подписание влечет правовые последствия. Я разрешаю/не разрешаю (подчеркнуть) использовать информацию о заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе, размещать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности в печатных изданиях и сети Интернет (без использования полного изображения лица).

Мое информированное добровольное согласие распространяется на все последующие случаи проведения этих же самых диагностических медицинских вмешательств, если они будут необходимы при дальнейшем обследовании и лечении

На основании полученной от медицинского работника информации в полном объеме и в доступной для меня форме, достаточной для осознанного решения, Я ДАЮ СВОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение описанных выше медицинских вмешательств мне (моему ребенку), в чем расписываюсь собственноручно \_\_\_\_\_ (Ф.И.О)\_\_\_\_\_

Беседу провел (а) врач: \_\_\_\_\_ (Ф.И.О., подпись). Дата \_\_\_\_\_