Приложение №

К истории болезни №\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ** *Согласно № 323 ФЗст.20 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»*

**НА КОМПЛЕКС ОБСЛЕДОВАНИЙ И** *от 21.11.2011г. любое медицинское вмешательство, имеющее*

**КОНСУЛЬТАЦИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ** *своей целью диагностику, профилактику и лечение заболевания,*

*допустимо только после получения врачом добровольного*

*информированного согласия пациентов в письменной форме*

1. Настоящее Информированное согласие разработано во исполнение требований:

- Статьей 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 21.11.2011г. № 323 «Об основах здоровья граждан в РФ»;

- Приказов Минздравсоцразвития РФ № 390н от 23.04.2012г., №1177н от 20.12.2012г.

1. Настоящее информированное согласие разработано с целью обеспечить пациента необходимой, доступной и достоверной информацией о различных способах диагностики заболеваний. Документ содержит необходимую для пациента информацию с тем, чтобы пациент ознакомился (-ась) с предлагаемыми способами способами диагностики и мог(-ла) либо отказаться от них, либо дать свое согласие на их осуществление.
2. Диагностика – это комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнез и осмотра, проведения лабораторных и инструментальных исследований с целью постановки диагноза, выбора мероприятий по лечению.
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.

**Для того, чтобы установить (уточнить) Ваш стоматологический диагноз, правильно избрать методы лечения и спрогнозировать его результаты, врачу стоматологу может потребоваться провести:**

**1. Опрос,** в том числе, выявление жалоб, сбор анамнеза. Опрос сопровождается занесением информации о пациенте в специальные диагностические листы 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 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.

**3. Рентгенологическое исследование** в стоматологии – это способ диагностики челюстно-лицевой области, помогающий выявить скрытую патологию и избежать ошибок при проведении стоматологических манипуляций:

***- Радиовизиография*** – цифровой снимок в области 1 зуба.

**Противопоказания:** беременность; проведение рентгенологического обследования внутренних органов (желудка, кишечника и т.п.), позвоночника в течении 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 радиовизиографии – 0,02мкЗв. Максимальная нагрузка на пациента в год по данным Всемирной организации здравоохранения - 1000мкЗв.

**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, их болезненность).

**5. Применение местной инъекционной анестезии** (проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной операции могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области.

Применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку коллапсу, шоку, повреждению слизистой оболочки, вследствие прикусывания, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограничение открывания рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

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

**7. Специальные методы диагностики** стоматологических состояний и заболевания в частности:

***- 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 при постановке диагноза и для контроля лечения, то есть, оценки начального состояния, после препарирования, после наложения и фиксации протезов) и другие методы.

**8. Фотографирование** – проводится цифровой камерой с целью диагностики, планирования, визуализации ситуации в полости рта. Проводится в случаях планируемых эстетических работ, при ортодонтическом лечении.

\*\*\*

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 и лечебных 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 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 и лечебных манипуляций, я осознаю, что лишаю врача возможности получения более точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья (здоровья моего ребенка).

Я понимаю, что настоящее информированное согласие является юридическим документом. Подписывая его, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемых мне услуг.

Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дача согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций, а также дальнейшего соблюдения рекомендаций врача и плана лечения.

Подпись пациента: Подпись врача:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ФИО/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ФИО/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_