Приложение № 1

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. N 1051н

**Информированное добровольное согласие**

**на проведение медицинского стоматологического терапевтического вмешательства**

      Я, **{ФИОПациента}**, **{ДатаРожденияПациента}** г. рождения, зарегистрированный по адресу:**{АдресПациента}** даю информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое вмешательство при оказании мне медицинского стоматологического лечения в {НазваниеСтруктурнойЕдиницы} Медицинским работником {ВрачПриёма} в доступной для меня форме разъяснена необходимость проведения медицинского стоматологического терапевтического лечения. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом медицинского стоматологического терапевтического лечения.

      Меня ознакомили с возможными альтернативными вариантами медицинского стоматологического терапевтического лечения, которыми являются удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения как такового. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба (зубов).

      Врач в доступной форме объяснил мне все аспекты терапевтического лечения зубов, необходимость строго следования этапам лечения, соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу для того, чтобы исключить некачественное оказание медицинской стоматологической терапевтической помощи. Я осознаю, что лечение направлено на сохранение моего здоровья (здоровья моего ребенка).

      Я осознаю и понимаю, что стоматологическое терапевтическое лечение является медицинским вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов, стандартов и алгоритмов оказания медицинской стоматологической помощи. Полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию, которое может проявляться в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов.

      Врач в доступной форме объяснил мне, что поражение, которое, возможно кажется небольшим, в действительности гораздо больше. Это связано с низкой прочностью расположенного под эмалью дентина. Мне объяснено, что дентин способен пропускать часть бактерий через свою толщу в пульпу зуба, поэтому при повреждении дентина в пульпе формируется очаг воспаления, размер которого зависит от протяженности дефекта зуба. Очаг воспаления сохраняется после удаления кариеса и пломбирования зуба, а его ликвидация зависит от состояния моей (моего ребенка) иммунной системы. По этой причине спустя некоторое время после пломбирования зуба по поводу неосложненного кариеса, может потребоваться эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов).

      Я осознаю и понимаю, что даже при самых тщательных методах диагностики, врач не всегда может обнаружить кариозные повреждения на ранних стадиях. Это касается невидимых глазу поверхностей, которыми зубы примыкают друг к другу. Скрытые в толще эмали, такие полости не видны на рентгеновских снимках, поэтому осознаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача-стоматолога, и, обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, установленному лечащим врачом и указанному в моей медицинской карте стоматологического больного).

      Я даю согласие на применение анестезии и осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии при приеме анальгетиков и антибактериальных препаратов.

      Я в полном объеме проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья, особенностях моего организма, о наличии у меня заболеваний, о всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время, о принимаемых мною лекарственных препаратах, противопоказаниях, о наблюдении и лечении у врачей других специальностей.

      Понимая сущность предложенного медицинского стоматологического терапевтического лечения и уникальность собственного организма, я согласен (а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

      Мне в доступной форме объяснены все возможные исходы лечения. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

      Я подтверждаю, что мне разъяснены в доступной для меня форме цели, методы оказания медицинской стоматологической 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, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

      Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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.

{ФИОПациента}

                                                                                                                     (подпись)

{ВрачПриёма}

                                                                                                                     (подпись)

{ДатаДоговора}