Приложение № 1

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. N 1051н

**Информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое**

**вмешательство — лечение кариеса дентина**

      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}.

     Проинформирован (-а) о диагнозе: (К02.1 по МКБ-10) Кариес дентина и сути планируемых лечебных и диагностических манипуляций зубов в соответствии с рекомендованным Протоколом ведения больных «Кариес зубов».

Мне объяснено, что лечение кариеса независимо от локализации кариозной полости включает: премедикацию (при необходимости), обезболивание, раскрытие кариозной полости, удаление размягченного и пигментированного дентина, формирование, финирование, промывание и пломбирование полости (по показаниям) или протезирование вкладками, коронками или винирами.

      Я проинформирован (-а) о целях лечения:

* остановка патологического процесса;
* восстановление анатомической формы и функции зуба;
* предупреждение развития осложнений, в том числе предупреждение развития феномена Попова-Годона в области зубов антагонистов;
* восстановление эстетики зубного ряда.

      Врач сообщил мне о возможных альтернативных вариантах лечения, а именно:

* лечение начального, поверхностного или среднего кариеса (1- 2 посещения);
* лечение глубокого кариеса (1-2 посещения);
* эндодонтическое лечение корневых каналов с последующим пломбированием (2-4 посещения);
* изготовление вкладки/накладки (2-3 посещения);
* установление коронки;
* отсутствие лечения вообще

     Я проинформирован (-а) о возможных негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения могут быть (нужное добавить, ненужное вычеркнуть): прогрессирование заболевания; развитие осложненных форм кариеса; развитие инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис); ухудшение эстетики; нарушение функции речи; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; неблагоприятный исход.

     Я проинформирован (-а) о возможных последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

     Я проинформирован (-а) о возможных осложнения в процессе лечения, а именно: болевые ощущения; вскрытие пульпарной камеры во время препарирования кариозной полости; чувство «нового» зуба (зубов) после постановки пломбы; появление чувствительности к холодной и сладкой пище; локализованное травматическое поражение десны; получение неудовлетворительного цвета зуба; недостижение эстетического результата, уменьшения срока пользования.

     В случае невозможности устранения болевой реакции врач принимает решение о депульпировании леченого зуба.

     Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

     Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

     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}