Приложение № 1

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. N 1051н

**Информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое**

**вмешательство — лечение глубокого кариеса и хронического пульпита**

     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}. Врач {ВрачПриёма} поставил мне диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и обосновал необходимость проведения медицинского стоматологического лечения. Мне в доступной форме предоставлена полная информация о целях, методах оказания медицинской стоматологической помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

      Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что при данной клинической ситуации сложно поставить точный диагноз и разработать соответствующий план лечения. Окончательное решение врач может принять только после удаления всего размягченного дентина из полости зуба.

      В такой ситуации возможны следующие варианты лечения:

-наложение лечебной прокладки с последующим восстановлением зуба (пломба, накладка или коронка);

-эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов) с последующим пломбированием.

      Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет возможен.

      Я осведомлен(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения, в том числе:

1. После наложения лечебной прокладки возможно появление болей, при нарастании которых врач будет вынужден провести эндодонтическое лечение.

2. Обострение хронического пульпита может возникнуть и в более отдаленные сроки, что тоже потребует эндодонтического лечения.

      Врач объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения (коронка, прокладка); в противном случае последнее может потерпеть неудачу (что может стать причиной потери зуба, либо потребовать перелечивания корневых каналов). Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля результатов эндодонтического лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры, назначенные врачом.

      Я даю согласие на применение анестезии.   Я 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   и уникальность собственного организма, я согласен (а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

      Я внимательно ознакомился (ась) с настоящим информированным добровольным согласием на проведение медицинского стоматологического вмешательства и понимаю, что оно является документом, порождающим юридические последствия.

{ФИОПациента}

                                                                                                                     (подпись)

{ВрачПриёма}

                                                                                                                     (подпись)

{ДатаДоговора}