

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) \_\_\_\_\_ (дата рождения)

зарегистрированный (-ая) по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий (-ая) по адресу:

\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В ОТНОШЕНИИ

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

\_\_\_\_\_ (дата рождения)

проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

В

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской 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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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. № 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:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

\_\_\_\_\_ (подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

(дата оформления)

В целях постановки, уточнения диагноза, выбора мероприятий по лечению, специалисты проводят:

1. Опрос, в том числе, выявление жалоб, сбор анамнеза. Опрос сопровождается занесением информации о пациенте в Анкету о здоровье, медицинскую карту с последующим подтверждением слов Пациента/Законного представителя своей подписью.

2. Осмотр, 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 исследуемого органа); 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 (голова, шея, мышцы и мягкотканых образований полости рта), а также плечевого пояса и некоторых отделов позвоночника. Различают пальпацию: поверхностную, глубокую; вне- и внутриротовую, Пальпацию височно-нижнечелюстного сустава проводят путем наложения пальцев на кожу спереди козелка ушной раковины или введения пальцев в наружный слуховой проход. При пальпации сустава могут появиться боль, ощущаться толчки, щелканье, хруст.

- 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); Перкуссия в стоматологии проводится с помощью стоматологических инструментов при открытой полости рта легко постукивая инструментом по различным участкам поверхности зуба.

Целью осмотра является 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

3. Рентгенологическое исследование в стоматологии — неинвазивный, высокодостоверный и быстрый метод визуализации зубочелюстной 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: 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

Противопоказания: беременность, проведение рентгенологического обследования внутренних органов (желудка кишечника и т.п), позвоночника в течение одной недели до и после денальной 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 ортопантограммы, телерентнограммы - 2-20 мкЗв (микрозиверт), компьютерной томограммы — 26-70 мкЗв., радиовизиографии - 0,1-2,5 мкЗв. Максимальная лучевая нагрузка на пациента в год при профилактических исследованиях по данным Всемирной организации здравоохранения 1000мЗв в год. Верхний порог лучевой нагрузки при диагностических (подчеркнуто) исследованиях, в том числе и для детей, не установлен.

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 и некариозных поражений, состояние пародонта

5. Применение цифровой внутриротовой видеокамеры (используется для визуализации и позволяет получить изображение зубов и слизистой оболочки полости рта с увеличением до 100 раз).

6. Специальные методы диагностики стоматологических состояний и заболеваний, в частности термоодонтодиагностика (метод оценки состояния возбудимости чувствительных нервов зуба с помощью температурных раздражителей), создание диагностических моделей челюстей пациента (необходимы для постановки диагноза и для контроля лечения, то есть оценки начального состояния, после препарирования, после наложения и фиксации протезов) и другие методы. - Интраоральное (внутриротовое) сканирование — это современный диагностический метод стоматологического исследования, который заменяет снятие оттисков и предусматривает использование во время обследования специального высокотехнологичного миниатюрного датчика (камеры). Он передает детальную информацию на экран монитора в виде трехмерного изображения челюсти и зубного ряда. При необходимости, полученную виртуальную 3D модель печатают на 3D принтере для получения пластмассовой модели, которая будет использоваться врачом.

7. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно.

**\*\*\* За исключением опроса, проводимого на любом приеме любого специалиста, все остальные перечисленные методы диагностики применяются при наличии соответствующих показаний.**

Все термины данного информированного согласия, а также цели каждой диагностической манипуляции мне понятны, на возникшие вопросы получены полные и ясные мне ответы. Я понимаю, что факт дачи мною согласия на медицинское вмешательство имеет соответствующие юридические последствия. Я подписываю настоящее согласие на медицинское вмешательство, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой информацией для принятия решения.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Подпись гражданина (законного представителя) \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г  
(Подпись) (Расшифровка) (Дата)

Подпись врача \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г  
(Подпись) (Расшифровка) (Дата)