

**Информированное согласие на проведение  
медицинского вмешательства на терапевтическое лечение  
ООО «Дентал-Мед» стоматологической клиники, расположенной по адресу,  
г.Канаш, ул Железнодорожная, 89**

Настоящий документ содержит необходимую информацию для пациента по предполагаемому лечению, а также возможности отказа от лечения, либо сдачи согласия на проведение данного лечения. Данное приложение является юридическим документом и влечёт для сторон правовые последствия.

Пациенту разъяснена необходимость лечения заболеваний и профессиональной гигиены полости рта. Последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба, а также в некоторых случаях — обострение хронических заболеваний.

Я \_\_\_\_\_

уполномочиваю врачей поликлиники провести терапевтическое лечение.

Я получил(а) от моего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении в устной форме.

Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого метода лечения.

Также я проинформирован(а) о том, что данное лечение невозможно осуществить в рамках Программы государственной гарантии по оказанию бесплатной медицинской помощи населению, т.е. Бесплатно, так как при данном лечении необходимо соблюдение определенных методик и применение иных инструментов и материалов.

Я информирован(а) о характере предстоящего вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений, также мне объяснены сопутствующие явления планируемого лечения, включая боль, неудобство, припухлость, чувствительность к холоду и теплу.

Я подробно информирован(а), ознакомлен(а) и предупрежден(а) о возможных осложнениях зависящих от характера воспалительного процесса, наличия сопутствующих заболеваний, индивидуальных особенностей организма, а также при несоблюдении врачебных рекомендаций по уходу за полостью рта после произведенных манипуляций.

Возможные осложнения на терапевтическом приеме:

- гематома после инъекции анестетика
- возможность травматического повреждения слизистой губ, щеки или языка как результат прикусывания после проведения анестезии на нижней челюсти
- постпломбировочные боли при прикусывании
- появление отека мягких тканей при увеличении имеющегося отека после травматических вмешательства
- необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зуба
- необходимость удаления зуба, если терапевтические методы лечения не дали положительных результатов
- возникновение периодонтальных явлений и изменение рентгенологической картины после пломбировки канала с плохой проходимостью корневых каналов или наличие невыявленных коллатеральных каналов
- возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие зуба, в периапикальные ткани, гайморову пазуху, полости, и каналы при эндодонтическом лечении зубов
- отлом коронковой части зуба при циркулярном кариеса
- возможность изменения цвета пломбы при употреблении с пищей за первые сутки продуктов, содержащих красящие вещества (чай, кофе, свекла и т.п.)
- возможность отлома эндодонтического инструмента в плохо проходимых и искривленных каналах
- при наличии заболеваний желудочно-кишечного тракта возможно появление темной полосы между пломбой и тканями зуба

Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций. Я доверяю врачам принимать необходимые в этих случаях решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я проинформирован(а) об альтернативах данному виду методах лечения и о преимуществах данного вида, также ознакомлен(а) с планом предполагаемого терапевтического лечения и действием данных лекарственных препаратов, с возможным изменением терапии в случае непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов, изменением моего здоровья, требующего изменения тактики лечения.

Я согласен(а) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.

Мне было сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор которой производится лечащим врачом при моем согласии. Я понимаю, что всегда имеется риск применения анестезии и такой риск мне был полностью объяснен.

Мне объяснены возможные последствия отказа от предполагаемого лечения, включая осложнения.

Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего

реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы, и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

На основании вышеизложенного прошу провести мне все необходимые диагностические исследования и мероприятия, лечебные манипуляции и процедуры, а при необходимости — обезболивание и операции, связанные с лечением моего здоровья.

Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Дата	Подпись пациента	Подпись, ф.и.о. врача	Дата	Подпись пациента	Подпись, ф.и.о. вр ача