Общество с ограниченной ответственностью «Лакшери Дент»

Приложение № 1 к договору № _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА КОМПЛЕКС ОБСЛЕДОВАНИЙ

1. Настоящее информированное согласие разработано на основании ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказов Минздравсоцразвития РФ № 390н от 23 апреля 2012 года, № 1177н от 20.12.2012 г.
2. Согласно ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 года № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.
3. Информированное добровольное согласие на комплекс обследований дается пациентом либо его законным представителем **один раз при первичном обращении в медицинскую организацию** и действительно в течение всего срока оказания услуг в медицинской организации.

В целях проведения полноценного и качественного обследования, правильного выбора методов лечения врачу стоматологу может потребоваться провести:

1. Опрос, в том числе, выявление жалоб, сбор анамнеза. Опрос сопровождается занесением информации о пациенте в медицинскую карту с последующим подтверждением слов пациента своей подписью.

2. Осмотр, в том числе:

- ***пальпация*** (метод медицинского обследования, основанный на ощущении врача, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони ощупывающей руки. С помощью пальпации определяют свойства тканей и органов: их положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, топографические соотношения, а также болезненность исследуемого органа);
- ***перкуссия*** (метод медицинского обследования, постукивание по зубу, для диагностики заболевания);

Целью осмотра является оценка внешнего вида и симметричности лица, цвета кожных покровов, состояния лимфатических узлов, слизистой оболочки полости рта, определение числа зубов, их положения, цвета и состояния, состояния кожи.

3. Рентгенологическое исследование в стоматологии – это способ диагностики челюстно-лицевой области, помогающий выявить скрытую патологию и избежать ошибок при проведении стоматологических манипуляций:

- ***ортопантомография*** (метод визуализации зубного ряда, полостей носа, плотности и толщины кости, а также диагностики патологий височнонижнечелюстного сустава при помощи цифрового рентгеновского аппарата);
- ***радиовизиография*** - цифровой снимок в области 1 зуба.

Процедура проведения: пациент находится в положении стоя или сидя на указанном специалистом месте по отношению к аппарату, подбородок устанавливается на специальный упор с прикусником, а рама с датчиком и рентгеновским излучателем поворачиваются вокруг головы пациента.

Противопоказания: беременность; кормление грудью; детский возраст до 5 лет (исследование проводится в определенных клинических случаях по решению лечащего врача); 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 цифровой ортопантомограммы – 0,005-0,0035 мкЗв (микрозиверт). Максимальная лучевая нагрузка на пациента в год по данным Всемирной организации здравоохранения 1000 мкЗв.

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, болезненность зубов).

5. Применение цифровой внутриротовой видеокамеры (используется для визуализации и увеличения до 100 раз поверхности зубов и слизистой оболочки полости рта).

6. **Специальные методы диагностики** стоматологических состояний и заболеваний, в частности:

- ***электроодонтодиагностика*** (метод оценки возбудимости чувствительных нервов зуба при их раздражении электрическим током);
- ***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.

7. Фотографирование - проводится цифровой камерой с целью диагностики, планирования, визуализации ситуации в полости рта. Проводится в случаях планируемых эстетических работ, при ортодонтическом лечении, а также при эндодонтическом лечении с помощью микроскопа. Фотографии могут быть размещены в социальных сетях, научных статьях без идентификации личности пациента (т.е. только зубной ряд).

***

За исключением опроса, проводимого на любом приеме любого специалиста, все остальные перечисленные методы диагностики применяются при наличии соответствующих показаний и при правильном их применении:

1. Исключают внесение во внутреннюю среду организма болезнетворных вирусов и бактерий, чужеродных веществ;
2. Как правило, не сопровождаются болевыми и иными неприятными ощущениями, если только их целью не ставится определение степени болезненности;
3. Не сопровождаются рисками для здоровья.

***

Ознакомившись с перечнем диагностических мероприятий, применяемых в клинике, я, _____, даю согласие на их назначение и проведение мне любым из специалистов клиники, если их проведение необходимо для постановки или уточнения моего диагноза (диагноза моего ребенка), а также выбора мероприятий по лечению.

Все термины данного информированного согласия, а также цели каждой диагностической манипуляции мне понятны, на возникшие вопросы получены полные и ясные мне ответы.

Имеются диагностические мероприятия, в отношении которых я заявляю об отказе от их проведения, в частности: _____ _____.

Отказываясь от применения данных диагностических манипуляций, я осознаю, что лишаю врача возможности получения более точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья (здоровья моего ребенка).

Я понимаю, что факт дачи мною согласия на комплекс обследований имеет соответствующие юридические последствия. Я подписываю настоящее согласие на комплекс обследований, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой информацией для принятия решения.

Подпись пациента	Подпись врача:
_____	_____
ФИО Пациента	ФИО врача_____
«__» _____202__г	«__» _____202__г