

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА к договору № НА КОМПЛЕКС ОБСЛЕДОВАНИЙ

г. Орёл

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

1. Опрос, в том числе, выявления 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 осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони руки. С помощью пальпации определяются свойства тканей 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 (головы, шеи, мышц и мягкотканых областей полости рта), а также плечевого пояса и некоторых отделов позвоночника.

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, состояние лимфатических узлов, слизистой оболочки поверхности рта, определение числа зубов, их положения, цвета и состояния.

3. Рентгенологическое исследование в стоматологии – неинвазивный, высокодостоверный и быстрый метод визуализации зубочелюстной области (челюстно-лицевой области) и прилегающих структур, позволяющей 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, височно-нижнечелюстного сустава с высоким пространственным разрешением, необходимо при комплексной стоматологической реабилитации, а также некоторых состояниях в терапии, хирургии, пародонтологии, ортопедии, ортодонтии;

- **интраоральная рентгенография зуба** – цифровой снимок в области одного или нескольких рядом стоящих зубов и прилегающих структур в высоком разрешении.

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

Противопоказания: беременность; проведение рентгенологического обследования внутренних органов (желудка, кишечника и т.п.), позвоночника в течении одной недели до и после дентальной КТ; отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний – не 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, телерентгенограммы – 8-20 мкЗв (микрозиверт), компьютерной томограммы – 46 мкЗв, радиовизиографии – 0,2-0,9 мкЗв. Максимальная лучевая нагрузка на пациента в год при профилактических исследованиях по данным Всемирной организации здравоохранения 1000 мкЗв в год. Верхний порог лучевой нагрузки при **диагностических исследованиях**, в том числе и для детей, не установлен.

4. Инструментальное обследование – один из самых главных методов диагностики, проводится с использованием стоматологического звена, 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 – увеличение 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 наложения и фиксации протезов) и другие методы.

7. Фотографирование (фотодокументация) – проводится цифровой фотокамерой с целью визуализации параметров челюстно-лицевой области (головы, шеи и полости рта). Используется для диагностики, планирования, оценки динамики и результата лечения, а также для коммуникации с зуботехнической лабораторией, для достижения эстетических результатов лечения исходя из требований пациента. Необходимость фотографирования определяется каждым специалистом применительно к каждому конкретному случаю.

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

а) исключаются внесение во внутреннюю среду организма болезнетворных вирусов и бактерий, чужеродных веществ;

б) не сопровождаются рисками для здоровья.

1. Настоящее информационное согласие разработано на основании ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ». Приказов Минздравсоцразвития России № 390н от 23.04.2012 г., Минздрава России № 1051н от 12.11.2021 г.

2. Согласно ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.

3. Информированное добровольное согласие на комплекс обследований дается пациентом старше 15 лет либо законным представителем пациента, не достигшего возраста 15 лет, один раз при первом обращении в медицинскую организацию и действительно в течении всего срока оказания услуг в медицинской организации.

Ознакомившись с перечнем диагностических мероприятий, применяемых в клинике, я,

(ФИО пациента или законного представителя, дата рождения)

даю согласие на их назначение и проведение мне либо лицу, законным представителем которого я являюсь,

(ФИО пациента, дата рождения)

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 информационного 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 лица, законным представителем которого я являюсь). Мне в доступной форме разъяснили возможные последствия такого отказа.

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 со стороны сотрудников Исполнителя должностных лиц, обладая необходимой информацией для принятия решения.

Подпись пациента/ законного представителя:

Подпись врача:

ФИО

дата

дата