

**ИНФОРМИРОВАННОЕ
ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО
ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА
НА КОМПЛЕКС ОБСЛЕДОВАНИЙ**

Данное Информированное добровольное согласие разработано во исполнении требований ст.20 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей».

Согласно ч. 2 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 в отношении лица, не достигшего возраста 15 лет, согласие на медицинское вмешательство дает один из его родителей либо иной законный представитель.

Подписывая настоящее согласие, законный представитель выражает свою волю на проведение медицинской манипуляции, осознавая возможные риски, связанные с данным медицинским вмешательством, и подтверждая свою к ним готовность.

Информированное добровольное согласие на комплекс обследований дается 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. Частью сбора анамнеза является заполнение пациентом Анкеты о здоровье и дальнейшее обсуждение их с лечащим врачом.

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 (головы, шеи, мышц и мягкотканых образований полости рта), а также плечевого пояса и некоторых отделов позвоночника.

- **зондирование** - один из основных методов диагностики, проводится с использованием стоматологического зеркала, специальных зондов, позволяет оценить состояние каждого зуба, состояние эмали, наличие кариозных полостей и некариозных поражений, состояние пародонта.

- **перкуссия** - в стоматологии проводится с помощью стоматологических инструментов при открытой полости рта, легко постукивая инструментом по различным участкам поверхностей 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.

Уважаемые родители!

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. При этом необходимым является и частичное повреждение здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступить ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага.

3. Рентгенологическое исследование в стоматологии – неинвазивный, высокодостоверный и быстрый метод визуализации зубочелюстной области (челюстно-лицевой 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 (КЛКТ)**- 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; **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.

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 сидя на указанном специалистом месте по отношению к аппарату, датчик помещается в полость рта и проводится снимок.

Противопоказания: беременность.

Относительные противопоказания: проведение рентгенологического обследования внутренних органов (легких, позвоночника и т. д.) в течение одной недели до и после дентальной 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, телерентгенограммы – 8-20 мкЗв

(микрозиверт), компьютерной томограммы – 32мкЗв., 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 (подчеркнуть) исследованиях, в том числе и для детей, не установлен.

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

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

- **термодиагностика зубов для определения реакции тканей зуба на действие термических раздражителей, а также жизнеспособности пульпы.**

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

витальное окрашивание зубов - применение специальных красителей - детекторов кариеса и зубного налета.

- **создание диагностических моделей**

челюстей пациента (необходимы для постановки диагноза и для контроля лечения, то есть, оценки начального состояния, после протезирования, после наложения и фиксации протезов, ортодонтических аппаратов) и другие методы.

6. 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 фотодокументирования определяется каждым специалистом применительно к каждому конкретному случаю.

7. Консультация врачей-стоматологов смежных специальностей, а также заключения и результаты исследований врачей других специальностей.

8. Анализы (крови, мочи и другие исследования)

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. Не сопровождаются рисками для здоровья.

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

_____ ,
даю согласие на их назначение и проведение ребенку

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 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.

Подпись пациента (законного представителя):

ФИО _____
« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись врача:

ФИО _____
« ____ » _____ 20 ____ г.