Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»).Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:**

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**ПЕРЕД НАЧАЛОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Ф.И.О. взрослого пациента*

ъ

**Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)*

добровольно обращаюсь в **ООО «Ортодонт-центр»** (ОГРН 1163025050968), далее именуемое – **«Исполнитель»**, и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство:**диагностические исследования перед началом стоматологического лечения.**

Я получил(а) от врача Абакарова Шамиля Рабадановича всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. **Цели**.Основными целями проведения диагностических исследований до начала стоматологического лечения являются: постановка правильного диагноза заболевания, необходимого для дальнейшего успешного лечения; оценка состояния зубочелюстной системы пациента, выявление имеющихся патологий; обнаружение рецидивов патологии зубочелюстной системы, если пациенту ранее проводилось ортодонтическое лечение; оценка эффективности проведенного лечения; планирование стоматологического лечения.
2. **Методы, возможные варианты медицинского вмешательства**.

Я согласен(на) на проведение следующих диагностических исследований: опрос, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, зондирование, аускультация, проведение клинического обследования височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), функциональные пробы, изготовление оттисков (слепков) челюстей, аксиография, кондилография, внутриротовое (интраоральное) сканирование полости рта, создание диагностических моделей лица и/или полости рта(в том числе трехмерных цифровых).

Обследование, как правило, начинается с беседы (опроса), во время которой врач выясняет жалобы пациента и получает данные анамнеза. При необходимости некоторые вопросы уточняются в беседе с родственниками и близкими людьми, а также по медицинской документации.

Врач разъяснил мне, и я понял(а), что в ходе выполнения **функциональных проб** мне (пациенту, законные интересы которого я представляю) медицинским работником может быть предложено смыкать, размыкать зубы (в том числе без размыкания губ), открывать-закрывать рот, двигать нижней челюстью, поворачивать голову в разные стороны.

**Пальпация** – это использование пальцев (как правило, подушечек концевых фаланг большого, указательного и среднего пальцев, реже мизинца). С помощью пальпации определяют резистентность, конфигурацию, подвижность тканей и органов, болевую реакцию, наличие флюктуации, размеры и границы патологического очага. Различают пальпацию: поверхностную; глубокую; вне - и внутриротовую. Пальпацию ВНЧС проводят путем наложения пальцев на кожу спереди козелка ушной раковины или введения пальцев в наружный слуховой проход. При пальпации сустава может появиться боль, часто ощущаются толчки, щелканье, хруст. **Перкуссия**– это постукивание по зубу ручкой зонда, пинцета.**Зондирование** помогает определить наличие кариозной полости, размягчение в ней, глубину кариозной полости, болезненность дна кариозной полости, а также чувствительность эмали. Данное исследование выполняется с помощью зонда (инструмент с острым концом).**Аускультацию** ВНЧС проводят с помощью фонендоскопа - медицинского прибора из двух резиновых трубок с резонатором для выслушивания.

**Диагностическая модель** – позитивное отображение зубных рядов, изготовленная по оттиску из гипса или пластмассы, необходимая для того, чтобы определить состояние зубов и окружающих их тканей, а также провести специальные измерения и определиться с дальнейшим планом лечения. На диагностической модели четко просматриваются: зубы; альвеолярные отростки; небо; другие анатомические образования (бугры верхней челюсти, выступающие бугорки с язычной стороны нижней челюсти). С помощью диагностических моделей также можно определить вид прикуса и нарушения формы зубных рядов. Для точного изготовления таких моделей важно правильно снять **слепки (оттиски)**. От этого зависит успех дальнейшегостоматологического лечения.

**Оттиск** – негативное отображение зубных рядов, получаемое в стоматологии при помощи специальных мягких эластичных материалов. Для этого требуется стандартная или индивидуальная оттискная ложка. Важно правильно подобрать ее по размеру - без этого получить точный слепок невозможно. Стандартные ложки представлены в двух основных видах: пластмассовые; металлические. С их помощью можно получать анатомические оттиски, на которых четко видны зубы и окружающие их ткани. Процесс получения оттиска в стоматологии состоит из нескольких этапов: 1)Подбор подходящей по размеру ложку; 2)Замешивание специального материала и наложение его в ложку; 3)Введение ложки в полость рта; 4)Оформление краев будущего оттиска; 5)Выведение ложки с готовым слепком изо рта; 6)Оценка качества полученного слепка.Если врач доволен качеством работы, то он дезинфицирует слепок и передает его технику для отливки модели из гипса или пластмассы.

**Аксиография** – это запись движения головок височно-нижнечелюстного сустава в различных плоскостях. Основными показаниями к проведению электронной аксиографии являются:1. Настройка артикулятора (аппарата, воспроизводящие движение нижней челюсти) на индивидуальную функцию пациента, учитывая углы и кривизну суставного пути движения нижней челюсти. 2. Проведение функциональной диагностики пациентов, имеющих проблемы с височно-нижнечелюстным суставом. В сумме с остальными составляющими функционального анализа (рентгеновские снимки, исследование гипсовых моделей в артикуляторе и пр.) электронная аксиография помогает верифицировать нарушения окклюзии (контактов зубов между собой) и височно-нижнечелюстного сустава, наметить план лечения и оценить его эффективность.Суть метода заключается в наложении двух дуг, одна из которых крепится на нижнюю челюсть, на ней находятся датчики. Другая дуга опирается на основание носа и фиксируется на голове относительно ушных входов - на ней также находятся датчики, регистрирующие движения нижнечелюстной дуги. Пациент совершает ряд движений челюстью, которые записывает компьютер. Специальная программа считывает основные углы движения нижней челюсти, а доктор анализирует полученные результаты. Результаты исследования сохраняются в архиве, и в любой момент времени может быть проведен их анализ в процессе лечения.

**Кондилография** – это запись движений ВНЧС. С помощью аппаратуры можно в электронном виде записать графики движения нижней челюсти в 3D. Для проведения данного вида исследования на голове у пациента закрепляется специальный аппарат – лицевая дуга, которая соединяется с компьютером. При выполнении заданных моделей движения электронная аппаратура снимает показания и на экране компьютера в трехмерной проекции моделируются движения нижней челюсти головки и элементов сустава. При помощи кондилографического исследования врач может определить степень изношенности сустава и его элементов.

**Внутриротовое (интраоральное) сканирование полости рта** – сканирование (исследование) полости рта с помощью специального датчика, который передает полученное 3D-изображениеротовой полости на экран подключенного к нему компьютера. Таким образом, получается трехмерный цифровой слепок зубов. На основе трехмерных изображений полости рта, данных КТ и рентгенограмм врачом может быть создана полная цифровая модель лица и полости рта пациента. При необходимости на основе цифровых моделей за отдельную плату могут быть изготовлены физические диагностические модели.

Я уведомлен(а) и согласен(на) с тем, что: целью проведения указанных выше исследований является постановка диагноза, планирование лечения и его контроль; пациент (законный представитель) оплачивает не диагностические модели и/или иные результаты исследований, которые сами по себе не имеют ценности для пациента, - результатом диагностики является достижение ее целей, а не физические (компьютерные модели) или иные результаты. Я понимаю, что для открытия трехмерных моделей и/или результатов иных исследований может потребоваться специальное компьютерное оборудование и программное обеспечение, которое может быть недоступно вне местонахождения Исполнителя, что не является недостатком предоставленной медицинской услуги. Стоимость предоставления диагностических медицинских услуг оплачивается пациентом (законным представителем) по ценам, указанным в прейскуранте, действующем у Исполнителя на день оплаты, если иное не согласовано сторонами.

Выбор конкретных методов исследования, а также необходимых мне (пациенту, законным представителем которого я являюсь) этапов и сроков диагностики делает врач по медицинским показаниям.Врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить диагностические исследования, предложенные доктором перед началом стоматологического лечения, я могу отказаться от них – полностью или частично. Мне понятны негативные последствия, которые могут наступить в случае такого отказа: невозможность проведения (продолжения) стоматологического лечения; невозможность постановки диагноза, проверки качества проведенного лечения, наступление связанных с этим осложнений после и/или в процессе лечения. В случае отказа от диагностики и/или ее прерывании по моей инициативе (вине) я самостоятельно несу риск наступления перечисленных неблагоприятных последствий.

1. **Риски, последствия, осложнения.**Мне понятно, что в период манипуляций в полости рта (анестезии, обработки зубов, снятии оттисков, фиксации диагностической аппаратуры) возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания и речи. При снятии диагностических слепков возможны следующие осложнения: 1) Появление рвотного рефлекса. Рвотный рефлекс возникает при раздражении нервных окончаний твердого и мягкого неба, реже корня и боковых поверхностей языка. 2) Попадание кусочков оттискного материала в дыхательные пути, что может вызвать асфиксию (временное ощущение удушения). 3) Токсико-аллергические реакции. Реакция на компоненты веществ оттискных материалы. 4) Травма слизистой оболочки полости рта при неправильно подобранной ложке и при грубом извлечении оттисков. 5) Непредвиденная экстракция (удаление) подвижных зубов и/или несъемных ортопедических конструкций. Мне понятно, что указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.
2. **Противопоказания:**патология иммунной системы (системная красная волчанка, тяжелые инфекции и т.п.)и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п.). Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.
3. **Предполагаемые результаты лечения.**Ожидаемым результатом диагностических исследований перед началом стоматологического лечения является достижениецелей диагностики.
4. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.
5. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях вмешательства и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

**Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.**

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.

**Пациент/Законный представитель пациента:**

Дата: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ года

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**Врач:**

Дата: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ года

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Абакаров Шамиль Рабаданович/