*Приложение № 10*

к Правилам от 01.09.2023г., приказ 22-пф

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»**  **Медицинский центр «Авис»**  г. Санкт-Петербург, г. Сестрорецк 197701,ул. Всеволода Боброва, д. 39, лит. А, пом 1Н;  тел. +7 900 642-84-00; e-mail: [avismedcentr@mail.ru](mailto:avismedcentr@mail.ru);, сайт: <http://aviscenter.ru>  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Медицинский центр строго руководствуется:**

1.Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 24.07.2023г.), ст. 19, 20, 21

2.Законом РФ «О защите прав потребителей», 07.02.1992 г № 2300-1 (ред. от 05.12.2022г.)

3.Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023г. №736

4. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 N 1051н "Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства".

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОН СОГЛАСИЕ**

**на проведение медицинского вмешательства**

г. Сестрорецк \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_\_

**Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.**

**Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена, разъяснена и понятна вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными условиями его проведения.**

**Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач стоматолог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**В исключительных случаях (например, болезнь врача) Медицинский центр может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.**

1. **При хирургическом лечении. При имплантации. При парадонтологическом лечении.**
   1. Диагноз, допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
   2. Индивидуальный рекомендуемый план лечения.
   3. Допустимость коррекции составленного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.
   4. Возможные альтернативные варианты лечения.
   5. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана леченияили частичного его выполнения, а именно:
      1. При удалении зуба(ов): прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; нарушения общего состояния организма.
      2. При имплантации: воспаление костной ткани; атрофия костной ткани; воспаление десны; подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления; патология височно-нижнечелюстного сустава; головные боли; иррадирующие боли в шею сзади и в мышцы лица; утомляемость жевательных мышц;
      3. При парадонтологическом лечении: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); системные проявления заболевания
   6. Возможные осложнения на этапах и после лечения,а именно:
      1. Под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции;
      2. Последствия приема аналгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного и иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
      3. В процессе лечения – дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; образование гематомы; повреждение соседних зубов и пломб; появление или усиление подвижности зуба (зубов); увеличение атрофии альвеолярного отростка челюсти; обнажение корня зуба; натяжение уголков рта, с последующим появлением трещин; повреждение нерва, приводящее к онемению или подергиванию губы, онемению подбородка, десен, зубов, языка в оперированном участке (это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным); инфекция или изменения цвета слизистой оболочки полости рта и десны; воспаление вен, перелом челюсти; открытие гайморовой пазухи, что потребует проведения дополнительной операции; вывих или подвывих нижней челюсти;;
      4. После лечения – воспаление, требующее дополнительного лечения; ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель; оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти, чтобы не проводить обширную операцию;
      5. После проведения хирургического этапа имплантации (вживления имплантата и заживления десны) последует ортопедический этап (т.е. установка коронки или протеза – по ситуации и в соответствии с дополнительным планом), который в моих интересах желательно осуществлять в данной клинике.
2. **Общие положения**.
   1. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

2.1.1. При проведении имплантации гарантии на приживление имплантата не даются, невозможно предсказать успешность его приживления по причине медицинской специфики данной операции, особенностей десен и костной ткани пациента и реакций организма. В случае отторжения имплантата, что потребует его удаления до начала протезирования, фирма возвращает 50% от суммы за установление имплантата.

2.1.2. Сложность предсказания конкретного результата планируемого лечения или обозначения сроков гарантий по причине медицинской специфики пародонтологического лечения и индивидуальных особенностей организма каждого пациента.

* 1. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы), которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения.
  2. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованного плана лечения.
  3. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования, такие как ортопантомограмма, прицельный снимок, компьютерную томографию челюстно-лицевой области, консультация стоматолога(ов) другого профиля, врача(ей) общего медицинского профиля.
  4. Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.
  5. Я осознаю, что невозможно предсказать течение реабилитационного периода и длительность лечения. Мне разъяснено, сто при неблагоприятном течении воспалительного процесса возможно лечение в стационаре.
  6. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющуюся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.
  7. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.) (подпись)

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.) (подпись)