

Информированное добровольное согласие пациента на комплекс обследований

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 осязательном ощущение, 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.

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.

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** - 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;

- **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 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.

Противопоказания: беременность; проведение рентгенологического обследования внутренних органов (желудка, кишечника и т.п.), позвоночника 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 ортопантомограммы, 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 исследованиях*, в том числе и для детей, не установлен.

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 и некариозных поражений, состояние пародонта.

5. **Применение цифровой внутриротовой видеокамеры** (используется для визуализации и позволяет получить изображение зубов и слизистой оболочки полости рта с увеличением 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 протезирования, 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 фотодокументирования 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:

і. Исключают внесение во внутреннюю среду организма болезнетворных вирусов и бактерий, чужеродных веществ,

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

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

2. Не сопровождаются рисками для здоровья.

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

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти:

(Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

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 разъяснены возможные последствия такого отказа.

Я понимаю, что факт дачи мною согласия на медицинское вмешательство имеет соответствующие юридические последствия. Я подписывал 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.

Пациент (его законный представитель)

Подпись

Фамилия Имя Отчество

Врач – стоматолог

« » _____ Г.

Подпись

Фамилия Имя Отчество