



## Добровольное информированное согласие на установку микроимплантатов в рамках ортодонтического лечения в ООО «НИКОР-МЕД»

Я, \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адресу: \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет или недееспособных граждан:

Я \_\_\_\_\_ (ф.и.о.), паспорт: \_\_\_\_\_  
выдан: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_,  
(ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью)

в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю **добровольное согласие** на проведение мне, либо лицу, законным представителем которого я являюсь следующего медицинского вмешательства: **установку микроимплантатов в рамках ортодонтического лечения по поводу диагноза: \_\_\_\_\_** (наименование и код по МКБ-10).

Настоящее согласие дано ООО «НИКОР-МЕД», имеющем лицензию на право осуществления медицинской деятельности № Л041-01162-50/00326642 выдана Департаментом здравоохранения города Москвы от 23 августа 2018 г., (далее - Клиника). На проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю врача – \_\_\_\_\_

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствий, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения, информирован(а) о его стоимости и сроках исполнения.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга может быть оказана по программе обязательного медицинского страхования в иных медицинских организациях, в объеме и на условиях территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС.

Я информирован(а), что ортодонтическое лечение/временное протезирование с использованием микроимплантатов помогает осуществить необходимое перемещение моих зубов с целью достижения максимального эффекта при минимальной степени хирургического вмешательства и временных затратах/временное восполнение дефекта зубного ряда. Я также информирован(а) об альтернативных вариантах ортодонтического лечения/временного протезирования съемными пластиночными аппаратами, об их возможных результатах, которые в данном случае будут иметь меньший клинический успех.

Я понимаю, микроимплантаты используются для создания дополнительной опоры, потому что число и особенности положения имеющихся в полости рта зубов препятствуют их эффективному ортодонтическому перемещению либо качественной фиксации временного пластиночного аппарата.

Мне понятна необходимость в установке одного или нескольких микроимплантатов, выбор места для установки (в области неба или между зубами на верхней и/или нижней челюсти) микроимплантата я поручаю врачу.

Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что установка микроимплантата сопряжена с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем

жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу. Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции и проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания.

\_\_\_\_\_ (указать название анестетика)

Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной процедуры могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Местная инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости в этой области.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений. Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать травматизацию нервных окончаний и сосудов, проявляющуюся потерей чувствительности, невритом, нейропатией; вызвать образование внутреннего кровотечения, постинъекционной гематомы и отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Дата	Подпись пациента или законного представителя/расшифровка	Подпись врача /расшифровка	Дата следующего визита (по актуальности)
------	--	-------------------------------	---


Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись врача \_\_\_\_\_