

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

### РЕПЛАНТАЦИЯ/АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ЗУБА

Настоящее Добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об Основах охраны здоровья граждан Российской Федерации, приказом МЗ РФ № 1051н от 12.11.2021. Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_.

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

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка (ФИО, дата рождения) \_\_\_\_\_

или лица, признанного недееспособным (ФИО, дата рождения): \_\_\_\_\_

В исключительных случаях стоматологическая клиника оставляет за собой право произвести замену лечащего врача, предварительно уведомив меня об этом.

- 1.1. Мною дано согласие на проведение процедуры Реплантации/Аутотрансплантации зуба, которая заключается в помещении собственного зуба в донорскую область.
- 1.2. Я понимаю, что успех процедуры зависит от множества факторов (состояние зуба, время вне лунки, среда в которой хранился зуб, индивидуальные особенности организма) и возможны неблагоприятные исходы (резорбция корня, воспалительные осложнения, анкилоз, некроз пульпы зуба), которые могут привести к необходимости эндодонтического лечения корневых каналов и даже к удалению трансплантата.
- 1.3. Мне объяснили, что альтернативными методами лечения являются протезирование с опорой на соседние зубы (мостовидный протез) или с опорой на имплантат.
- 1.4. Я понимаю, что после процедуры необходимо принимать антибиотики и нестероидные противовоспалительные препараты (обезболивающее).

2. В связи с данной манипуляцией мною получены следующие рекомендации:

- необходимо воздержаться от приема пищи в течение двух часов после вмешательства.
- пища в течение двух недель должна быть мягкой, не очень горячей, не очень соленой, не острой.
- необходимо обеспечить высокий уровень гигиены и принимать (и наносить) все предписанные врачом препараты.
- после процедуры возможен отек, незначительные боли в течение трех дней.
- необходимо выполнить лечение корневых каналов в течение четырех недель.
- необходимо снять шину в течение шести недель.

**Приложение к Договору возмездного оказания медицинских услуг**

Санкт-Петербург

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

3. Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы.
4. На все заданные вопросы я получил (а) понятные мне исчерпывающие ответы.
5. Я получил (а) все рекомендации, касающиеся моего поведения в ходе предлагаемого лечения и последующего реабилитационного периода.
6. Со своей стороны, я высказал (а) все жалобы, предоставил (а), в меру своей осведомлённости, информацию об индивидуальных особенностях и реакциях моего организма, наличие в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на планирование и ход предлагаемого лечения или служить противопоказаниями к его проведению.
7. Я согласен (а) на проведение выбранного лечащим врачом метода анестезии и анестезирующего препарата.
8. Я согласен (а) на проведение фотосъёмки, видеосъёмки и видеозаписи, проведение рентгеновских исследований для улучшения качества диагностики и анализа хода манипуляции.
9. Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия.
10. Будучи информированным (ой) и предупрежденным (ой) обо всем вышеизложенном, я полностью осознаю, что предлагаемое медицинское вмешательство показано мне по состоянию моего здоровья. В связи с этим я осознанно и добровольно ДАЮ СОГЛАСИЕ на его проведение.
11. Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

**Подпись законного представителя несовершеннолетнего пациента, не достигшего 15 лет:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Мать, отец, опекун – нужное подчеркнуть) (Ф.И.О. полностью)

**Подпись пациента:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

**Подпись врача:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата подписи)

Для повторных обращений:

№ п.п.		Дата	Диагноз	Ф.И.О. врача, подпись	Ф.И.О. пациента, подпись
1	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ____ ” _____ 20__			
2	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ____ ” _____ 20__			
3	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ____ ” _____ 20__			