**Информированное добровольное согласие**

**на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных**

**видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу:

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении

|  |
| --- |
|  |

\_(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

|  |
| --- |
|  |

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее -Перечень), *(ненужное зачеркнуть):*

* для получения первичной медико-санитарной помощи
* получения первичной медико-санитарной помощи лицом законным представителем которого я являюсь)

в : Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 11»

Медицинским работником:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(должность, Ф.И.О. медицинского работника)*

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

  *(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)*

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

находясь на лечении в СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 11», даю информированное добровольное согласие на проведение мне всех необходимых диагностических (включая рентгенологическое) исследований, на лечение (терапевтическое, хирургическое, физиотерапевтическое), анестезиологическое пособие, хирургические операции, связанные с лечением моего заболевания.

1. Я получил от моего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого метода лечения.
2. Я информирован о характере предстоящего вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений.
3. Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций. Я доверяю врачам принимать необходимые в этих случаях решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.
4. Мой врач разъяснил мне, и я понимаю что гарантировать 100% положительный результат проведенного лечения (включая имплантацию, удаление, лечение зубов, лечение десен и т.д.) не представляется возможным.

Речь может идти только о прогнозах и вероятностях, которые разнятся от пациента к пациенту.

1. Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду, методах лечения и о преимуществах данного вида. Я, гражданин ( законный представитель гражданина) также ознакомлен(а) с планом предлагаемого мне лечения, действием данных лекарственных препаратов, с возможным изменением терапии в случае непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния моего здоровья, требующего изменения тактики лечения.
2. Мне известно, что во время стоматологического лечения могут быть выявлены заболевания или их особые формы, которые потребуют изменения объема медицинского вмешательства, на что я даю свое добровольное согласие.
3. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергической реакции организама на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний, образованию внутреннего кровотечения и гематомы, отечности десны в области инъекции, ограничения открывания рта, которые могут сохранаятся в течение нескольких дней и дальше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе в области существующего воспаления, в области маляров нижней челюсти, после употребления алкогольных и наркотических веществ.

1. Я предупрежден(а) о том, что во время лечения и/или после него могут возникнуть осложнения не являющихся врачебной ошибкой:
* в ходе проведения хирургического вмешательства:
1. Ороантральное сообщение требующее ушивания (при удалении верхних зубов).
2. Инородное тело (корень) в гайморовой пазухе.
3. Постэстракционное кровотечение (может быть причиной госпитализации).
4. Перелом нижней челюсти при удалении аномалийно расположенных (ретинированных, дистопированых, сверхкомплектных, находящихся в зубосодержащей кисте, в очаге бывшего перелома) зубах, может быть причиной госпитализации.
5. Незаконченное удаление, требующее лечения в стационаре, может быть причиной госпитализации.

Мне врач разъяснил и я понимаю необходимость отмены гемолитических препаратов за три дня до хирургического вмешательства и в течении трех последующих дней.

В случае если отмена препарата по состоянию здоровья невозможна, пациент обязан предоставить письменное разрешение лечащего врача. В этом случае хирург-стоматолог имеет право отказать пациенту в оказании услуг (удаление зуба и др.) и рекомендовать лечение в условиях стационара ЧЛХ.

* В ходе проведения эндодонтического лечения корневых каналов (пульпиты, периодонтиты) зубов врачом стоматологом-терапевтом:
1. перфорация дна пульпарной камеры.
2. перфорация стенок корня зуба.
3. продольный перелом корня зуба.
4. отлом эндодонтического инструмента в корневом канале и может быть невозможность его извлечения.
5. выведение пломбировочного материала за верхушку корня.
6. боли после эндодонтического лечения.
7. изменения цвета зуба.
* При лечении глубокого кариеса:
1. постпломбировочные боли от термических раздражителей.
2. самопроизвольные боли (могут быть причиной депульпации зуба).
3. боли при накусывании (могут быть причиной депульпации зуба).
* При эстетической реставрации фронтальной группы зубов:
1. Откол реставрации (при несоблюдении рекомендаций врача)
2. Изменение цвета реставрации (при несоблюдении рекомендаций врача)
3. Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемого лечения, включая осложнения.
4. Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья.
5. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все изложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы .
6. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

**Согласие на обработку персональных данных**

В соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006No 152-ФЗ "О персональных данных", в целях ведения медицинского учета подтверждаю свое согласие на обработку СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 11» расположенную по адресу: Санкт-Петербург, пр. Ленинский, д. 138/5 (далее –Учреждение-Оператор),моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью —в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Учреждением-оператором мне медицинской помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными: - обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных неавтоматизированным способом. - обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), с использованием машинных носителей или по каналам связи.

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Учреждением-оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (*подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *( подпись) (Ф.И. О. медицинского работника)*

*«\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. \_(дата оформления)*

**Перечень услуг:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **дата** | **Вид вмешательства** | **врач** | **гражданин ( законный представитель гражданина)** |
| **подпись** | **Фамилия ИО** | **подпись** | **Фамилия ИО** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Перечень услуг:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **дата** | **Вид вмешательства** | **врач** | **гражданин ( законный представитель гражданина)** |
| **подпись** | **Фамилия ИО** | **подпись** | **Фамилия ИО** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |