

Центр Семейной Стоматологии ООО «Виола»  
 ИНН: 2466181116 КПП: 246601001  
 ОГРН: 1172468026620 ОКПО: 15412116  
 Юридический адрес: 660043, Красноярский  
 край, г.Красноярск, ул. Дмитрия Мартынова,  
 дом № 43, помещение 195  
 Телефон: 242-02-02  
 Email viola21042017@mail.ru

Приложение №1  
 к договору № [CLIENT.HISTNUM]  
 на оказание платных медицинских услуг



## Информированное добровольное согласие на возмездное медицинское вмешательство РЕПОЗИЦИЯ, РЕПЛАНТАЦИЯ ЗУБА

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, [CLIENT.FULLNAME] [CLIENT.BDATE] г.р. [CLIENT.PASSP\_FULL], зарегистрирован по адресу: [CLIENT.ADDR\_REG], добровольно обращаюсь в центр семейной стоматологии ООО «Виола» для проведения стоматологического лечения и соглашаюсь с тем, что прием мне будет проводить хирург стоматолог [TREAT.DFULLNAME].

В исключительных случаях (например, болезнь врача или др. непредвиденные обстоятельства) центр семейной стоматологии ООО «Виола» может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом, как минимум за 12 часов до приема и получив мое письменное Согласие.

Я, в доступной и понятной для меня форме, информирован (а) врачом хирургом о моем диагнозе: \_\_\_\_\_, в соответствии с согласованным со мной планом лечения.

Я получил(а) информацию о том, что хирургическая репозиция зуба — это хирургический метод лечения острой травмы зуба (вывих зуба неполный, вколоченный), при котором зуб после предварительной подготовки возвращается на свое место в челюсти и временно фиксируется к соседним зубам. Данный метод используется в качестве альтернативы удалению зуба.

Я получил(а) информацию о том, что реплантация постоянного зуба — это хирургический метод лечения острой травмы зуба (вывих зуба полный), при котором постоянный зуб после предварительной подготовки вне полости рта самого зуба и лунки возвращается на свое место в челюсти и временно фиксируется к соседним зубам. Данный метод используется в качестве альтернативы удалению зуба. Временные (молочные) зубы реплантации не подлежат.

Дополнительными методами обследования для установления точного диагноза при травме зубов могут быть прицельная контактная внутриротовая рентгенография, конусно-лучевая компьютерная томография, панорамная рентгенография, рентгеновский снимок черепа в боковой проекции (ТРГ). Данные исследования могут назначаться врачом, они не входят в процедуру репозиции зуба и оплачиваются дополнительно.

Дополнительные манипуляции, необходимые для успешного прогноза лечения, зависят от тяжести травмы и массивности местных повреждений тканей. При переломах стенки лунки проводится соответствующее оперативное лечение. При нарушении целостности мягких тканей вокруг лунки накладываются швы, делается по показаниям пластика мягких тканей альвеолярного отростка. При нарушении целостности коронковой части зуба параллельно с репозицией или отсрочено выполняется восстановление коронковой части зуба временными или постоянными материалами. Эти вмешательства не входят в процедуру репозиции зуба и оплачиваются дополнительно.

Критическим фактором, влияющим на прогноз реплантации зуба, является нахождение зуба в сухой среде. Если время нахождения зуба в сухости равно или превышает 60 минут, то все клетки периодонта считаются нежизнеспособными и прогноз реплантации будет сомнителен. Поэтому, «время высушивания» (т.е. время, которое зуб находился после травмы и до его реплантации или помещения в раствор) является важным фактором, который играет важную роль в успехе данного вида медицинского вмешательства.

После проведения всех подготовительных мероприятий зубу придается правильное положение в лунке с помощью пальцев или хирургических инструментов, далее проводится контроль его положения в прикусе, визуально и рентгенологически.

Далее для надежной фиксации зуба накладывается временная шина из композитных материалов на срок около 15 дней. Шинирование зубов после репозиции в правильном положении считается лучшим способом обеспечить комфорт и улучшение функционирования. Шина накладывается на вестибулярные поверхности зубов, чтобы обеспечить эндодонтический доступ, а также чтобы предотвратить помехи окклюзии. Практически всегда назначается общая антибиотикотерапия.

Также проводят эндодонтическое лечение (депульпирование) репонируемого зуба до снятия шины через 7-10 дней после шинирования при отрицательном тесте витальности (гибели пульпы) и экстрозивном вывихе по причине разрыва сосудисто-нервного пучка.

Для зубов, у которых в силу возраста пациента не завершился процесс формирования корня, целью репозиции зубов с незавершенным формированием корня (открытым апексом) у детей является возможная реваскуляризация (восстановление сосудистого пучка зуба) полости пульпы и окончание формирования корня зуба. Если реваскуляризация не происходит – выполняется эндодонтическое лечение. Рекомендовано временное пломбирование корневого канала при помощи пасты на основе Гидроксида Кальция сроком до 1 месяца с последующим постоянным пломбированием корневого канала. Эндодонтическое лечение не входит в процедуру репозиции зуба и оплачивается дополнительно.

После проведения всех подготовительных мероприятий реплантируемый зуб помещается в лунку, проводится контроль его положения в прикусе, визуально и рентгенологически.

Далее для надежной фиксации зуба накладывается временная шина из композитных материалов на срок около 15 дней. Шинирование зубов, реплантированных в правильном положении, считается лучшим способом обеспечить комфорт и улучшение функционирования. Шина накладывается на вестибулярные поверхности зубов, чтобы обеспечить эндодонтический доступ, а также чтобы предотвратить помехи окклюзии. Практически всегда назначается общая антибиотикотерапия.

Также проводят эндодонтическое лечение (депульпирование) реплантированного зуба до его реплантации вне полости рта или до снятия шины через 7-10 дней после реплантации. Если «время высушивания» зуба составляет более 60 минут, то эндодонтическое лечение может быть произведено экстраорально до реплантации зуба.

Все манипуляции проводятся под местным или общим обезболиванием.

Я обязуюсь выполнять необходимые рекомендации, а именно: избегать участия в контактных видах спорта и экстремальных играх, мягкая диета в течение 2 недель. После снятия шины – обычное функционирование как можно быстрее. Чистка зубной щеткой с мягкой щетиной после каждого приема пищи. Использовать раствор Хлоргексидина 0.05% для полосканий и ротовых ванночек дважды в день в течение недели. Обязательное динамическое наблюдение у стоматолога согласно назначенному графику визитов. Клинический и рентгенологический контроль за репонируемым зубом должен осуществляться через 2 недели, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год и затем – 1 раз в год. Исход лечения определяется исходя из клинических и рентгенологических данных.

Возможные варианты исхода операции: закрытая верхушка корня, зуб асимптоматичен, подвижность в норме, нет признаков резорбции или апикального воспаления; или открытая верхушка корня, зуб асимптоматичен, подвижность в норме, рентгенологические признаки остановки или продолжения формирования корня и прорезывания, возможна облитерация корневого канала.

При неблагоприятном исходе: закрытая верхушка корня, зуб симптоматичен, увеличенная подвижность или отсутствие подвижности (анкилоз), признаки резорбции (воспалительной, связанной с развитием инфекции или заместительной, связанной с развитием анкилоза); или открытая верхушка корня, зуб симптоматичен, увеличенная подвижность или отсутствие подвижности, анкилоз. При развитии анкилоза зуб будет находиться в инфраокклюзии. Рентгенологические признаки резорбции (воспалительной, связанной с развитием инфекции или заместительной, связанной с развитием анкилоза) или остановка развития корня.

При возникновении анкилоза у детей и подростков, не завершивших свой рост, разовьется инфрапозиция репонированного/реплантированного зуба, что приведет в свою очередь к нарушениям роста альвеолярной кости и лица в кратко-, средне- и долгосрочном прогнозе.

Я понимаю, что возможна и потеря зуба, если репонированный/реплантированный зуб в случае неблагоприятного исхода в последующем удаляется, возможными вариантами лечения являются: декоронация, аутотрансплантация, мостовидный протез, съемный протез, закрытие промежутка ортодонтическими методами с последующим изменением формы зубов композитными материалами, секционная остеотомия. Принятие решения о тактике лечения производится совместно с ребенком, родителями, согласно с мнением специалистов с целью сохранить открытыми все возможные лечебные опции до достижения пациентом совершеннолетия. После завершения роста ребенка, следует рассмотреть возможность имплантации.

В доступной 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 (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний).

Мне разъяснена необходимость применения обезболивания (местной инъекционной анестезии) с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости. Мне разъяснено, что: применение анестезии может привести в редких случаях к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше; обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей (рентгенография, КТ, КЛКТ) до начала вмешательства, в процессе, а также при проведении контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, и исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

В доступной 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 (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы центра семейной стоматологии ООО «Виола», о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне

образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, положении о гарантиях и сроках службы на овеществленные результаты оказанных услуг, о правилах использования установленных стоматологических конструкций.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение использовать труд любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также вследствие нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я понимаю, что ожидаемый мною положительный результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответствующих стандартов и протоколов лечения.

Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка, удаление или замена стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных». Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. Я проинформирован, что ООО «Виола» (ИНН 2466181116, КПП 246601001) гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы об условиях, способах и методах имплантации и костной и мягкотканой пластики, на которые, я получил (а) исчерпывающие и понятные мне ответы и разъяснения.

У меня было предостаточно времени, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемым лечением, задать все интересующие меня вопросы и мог(-ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги. Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании без указания имени и фамилии, фотографии и видео моих зубов (без лица) и полости рта в научных и учебных целях, для оценки качества протезирования на имплантатах, публикации на сайте клиники, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я разрешаю сообщать информацию о моем лечении лицам, его оплачивающим, близким родственникам, а также всем лицам, профессионально обязанным сохранять медицинскую тайну.

Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью моей медицинской амбулаторной карты (истории болезни), договора на оказание мне платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я проинформирован(-а) врачом об особенностях предстоящего лечения и даю свое согласие приступить к лечению, на предложенных мне условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

**Подпись пациента:** \_\_\_\_\_ / [CLIENT.FULLNAME]

**Подпись врача:** \_\_\_\_\_ / [TREAT.DFULLNAME]  
[BDate]