

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:
ЛЕЧЕНИЕ РАННЕГО НЕГЛУБОКОГО КАРИЕСА
С ПОМОЩЬЮ ТЕХНОЛОГИИ ICON CARIES («АЙКОН») Opalustre**

Я _____

Ф.И.О. взрослого пациента

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____,
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в ООО "ЗОТОВ" (ОГРН 1246100029471), далее именуемое – «Исполнитель», и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: лечение раннего неглубокого кариеса на вестибулярных поверхностях с помощью технологии Icon Caries («Айкон»).

Я получил(а) от врача _____ всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. **Цели лечения.** Целями применения технологии «Айкон» (Icon Caries) являются: предотвращение развития кариеса, лечение раннего неглубокого кариеса в стадии пятна, устранение флюороза (на ранней стадии).

2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства.** Мне разъяснено и понятно, что Icon Caries Infiltrant (Айкон) – инфильтрационный материал для лечения раннего неглубокого кариеса на вестибулярных поверхностях зубов. Использование Icon Caries предупреждает начальное развитие кариеса без препарирования. Рекомендовано использовать для удаления белых пятен после снятия брекет-системы. Может использоваться для исправления посттравматических эффектов эмали.

Инфильтрат проникает глубоко в эмаль за счет капиллярного эффекта и останавливает развитие кариеса. С помощью специальной насадки врач наносит на область поражения протравочный гель, в состав которого входит соляная кислота. В течение 2 минут препарат удаляет поверхностный слой, ингибирующий процесс инфильтрации. По истечении этого времени открывается доступ к пористой зоне начального поражения зубной ткани и начинается следующий этап лечения кариеса по технологии Icon. Врач смывает протравочный гель водно-воздушной струей. Затем высушивает поверхность зуба и промывает ее раствором этанола, чтобы удалить остатки воды из пористых твердых тканей. После просушивания стоматолог воочию видит глубину кариеса – Icon даже без сверления дает такую возможность. На заключительном этапе врач последовательно наносит слои инфильтрата, чтобы надежно запечатать кариозные поражения.

Я предупрежден(а), что до начала лечения с помощью технологии «Айкон» мне (пациенту, законным представителем которого я являюсь), возможно, потребуются профессиональная гигиена полости рта. Все дополнительные вмешательства, которые могут потребоваться, будут проведены после согласования со мной, за дополнительную плату.

3. **Риски, последствия, осложнения.** Мне разъяснено и понятно, что в период манипуляций в полости рта возможна индивидуальная аллергическая реакция (в том числе контактная аллергия на композиты), непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, при контакте препарата со слизистой полости рта место контакта может побелеть. Этот симптом исчезнет через несколько дней. Мне понятно, что указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

4. **Противопоказания:** патология иммунной системы (системная красная волчанка, инфекции и т.п.), острые проявления сердечно-сосудистых нарушений (приступ стенокардии или гипертонический криз) и обострение инфекционных и вирусных заболеваний (ОРВИ, герпес и т.п.). Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь): перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п. Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

5. **Предполагаемые результаты лечения.** Результатом лечения является достижение целей, указанных в настоящем документе.

6. Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в пункте 3 настоящего согласия состояний (осложнений), аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.

7. Неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме, приводит к увеличению сроков лечения и как следствие, увеличению стоимости лечения. Я согласен(на) с тем, что, если я не буду следовать изложенным в настоящем документе рекомендациям или у меня (пациента, законным представителем которого я являюсь) проявятся противопоказания, врач оставляет за собой право прекратить лечение на любом этапе с целью недопущения ухудшения моего состояния здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь). В этом случае деньги за проведенный объем лечения возвращены не будут. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

8. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.

9. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

10. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.

Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышележащих условиях.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Пациент/Законный представитель пациента:

Дата: « ____ » ____ 20 ____ года

Подпись: _____ / _____

Врач:

Дата: « ____ » ____ 20 ____ года

Подпись: _____ / _____