

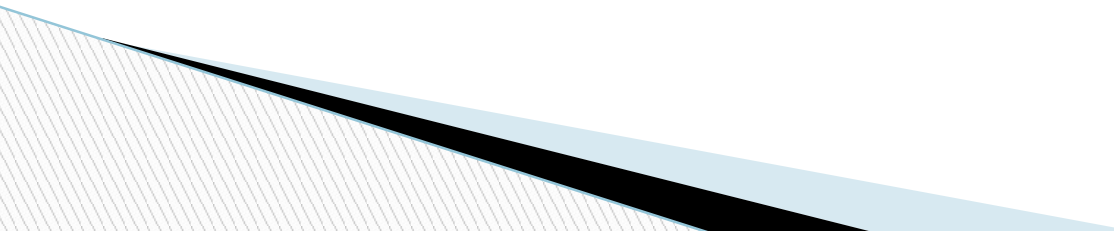
**Обследование больного в клинике
ортопедической стоматологии .Этика ,
деонтология , эргономика на рабочем месте
врача, медицинская документация**

Подготовила:Ажимуратова Х

Группа:СТР-440



План

- Введение
 - ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
 - ОПРОС БОЛЬНОГО (АНАМНЕЗ)
 - ВНЕШНИЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО
 - ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ РТА
 - Обследование зубных рядов
 - Перкуссия
 - Обследование беззубой альвеолярной части
 - Диагностические модели челюстей
 - Эргономика
 - Деонтология
 - Этика
- 

Введение

- Лечение заболеваний органов зубочелюстной системы в клинике ортопедической стоматологии складывается из обследования больного, выяснения причин болезни (этиология), механизма ее развития (патогенез), морфологических и функциональных изменений органов, особенностей клинической картины болезни. Обследование заканчивается постановкой диагноза и составлением плана ортопедического лечения.



ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Лечение заболеваний органов зубочелюстной системы в клинике ортопедической стоматологии включает в себя:

- 1. Методы исследования больного.
 - 2. Выяснение причин болезни (этиология).
 - 3. Выяснение общего механизма развития болезни (патогенез).
 - 4. Описание патологоанатомических и функциональных изменений органов.
 - 5. Выяснение клинической картины болезни, ее течения, особенностей развития, осложнений.
 - 6. Постановку диагноза.
 - 7. Ортопедическое лечение (терапия).
 - 8. Составление заключения о дальнейшей судьбе больного (предсказание, прогноз).
- Этиология многих заболеваний зубочелюстной системы, нуждающихся в ортопедическом лечении, известна. Чаще всего это кариес, болезни пародонта, травмы. Наряду с этим встречаются заболевания, причины которых остаются неизвестными. Например, многое остается неясным в объяснении причин возникновения аномалий, врожденного отсутствия зубов (адентия), их ретенции или затрудненного прорезывания, повышенной стираемости твердых тканей зубов. Однако знания причины, вызвавшей болезнь, также недостаточно для успешного лечения больного. Так, среди детей распространены вредные привычки (сосание пальцев, посторонних предметов), способствующие возникновению открытого прикуса. Но последний развивается не у всех, а только у части детей. Следовательно, кроме причин, вызывающих аномалию, надо еще знать условия и патологические механизмы, которые лежат в основе ее развития. В патогенезе болезней играют роль многие факторы. Имеют большое значение характер и строение органа, его функции, возраст больного, его иммунные возможности, перенесенные ранее заболевания. Поскольку все это определяет индивидуальные особенности организма, обследование не может носить стандартного характера.

ОПРОС БОЛЬНОГО (АНАМНЕЗ)

- Сбор анамнеза является первым этапом обследования пациента, которому предлагают по памяти воспроизвести историю болезни и историю жизни. Анамнез складывается из следующих последовательно изложенных разделов: 1) жалобы и субъективное состояние больного; 2) анамнез данного заболевания; 3) анамнез жизни больного; 4) семейный анамнез.
- Круг вопросов, которые задает пациенту врач, зависит от характера заболевания. В одних случаях анамнез очень краток и врачу нет необходимости вдаваться в историю жизни, в других - анамнез следует собирать подробно, особенно в той его части, которая представляет наибольший интерес для постановки диагноза. Например, при обращении больного по поводу травматического дефекта резца анамнез будет кратким, ибо этиология поражения известна и все, что требуется для ортопедического лечения, может быть выяснено при осмотре. Другое дело, когда больной обращается с жалобами на чувство жжения, появившееся в слизистой оболочке, под протезом. Здесь анамнез, как и все обследование, будет подробным. Необходимо исследовать не только органы полости рта, но и другие системы органов с привлечением к этому врачей другой специальности.
- Часто пациенты предъявляют жалобы, которые им кажутся главными, а с точки зрения врача являются второстепенными. Например, пациенты обращают внимание на некрасивое положение переднего зуба, не замечая при этом тяжелой аномалии зубных дуг в виде их сужения. Врач же должен выявить как второстепенные, так и главные признаки заболевания, сосредоточив внимание на последних.
- Собирая анамнез, важно прежде всего выяснить самые ранние проявления болезни, характер и особенности ее течения, вид и объем проведенного лечения. Важно также выяснить время потери зубов, жалобы на состояние желудочно-кишечного тракта.
- Необходимо узнать, как успешно пользовался протезами больной, а если не пользовался, то по какой причине. Эти сведения имеют значение для составления плана и прогноза ортопедического лечения.
- При ряде заболеваний, которые нуждаются в ортопедическом лечении (например, заболевания височно-нижнечелюстного сустава) следует побеседовать с больным о вероятных причинах, вызвавших, по его мнению, данное заболевание.
- Нельзя проводить опрос больного, ограничиваясь скупymi вопросами и довольствуясь такими же скупymi ответами. Беседу следует расширить, умело и осторожно выяснив эмоциональное состояние пациента, его отношение к болезни и лечению, готовность к длительной терапии и желание помочь стараниям врача. Это позволит составить представление о его психическом своеобразии, знание которого играет немалую роль в тактике и поведении врача, как при проведении ортопедических манипуляций, так и в период привыкания больного к протезу.
- При сборе анамнеза выясняется по порядку место рождения и место жительства, домашние условия, условия работы на производстве, питание, перенесенные заболевания. Важность того или иного пункта анамнеза жизни определяется клинической картиной заболевания. Знание места рождения и жизни пациента важно, поскольку возможна, так называемая, краевая патология. Например, при избытке фтора в питьевой воде в данной местности возникает очаг эндемического флюороза, при котором поражается эмаль зубов.



- При обращении детей по поводу зубочелюстных аномалий анамнез собирают у родителей. В этом случае врач старается получить ответы на следующие вопросы, где (местность) родился ребенок, каким по счету, были ли роды нормальными, характер вскармливания, как рос и развивался ребенок, болезни, перенесенные в детстве, вредные привычки и тд.
- В связи с существованием наследственных болезней при аномалиях зубочелюстной системы (нижняя макрогнатия, глубокий прикус) следует интересоваться наличием аномалий у близких родственников.
- Другим довольно старым и распространенным методом являются такие приемы обследования, как осмотр, перкуссия, пальпация и др. Наряду с описанными приемами обследования полости рта все большее применение находят различные сложные инструменты и приборы, основанные на достижениях электроники, химии, биологии. В ортопедической стоматологии используются рентгенография, графические регистрации жевательных движений челюсти, записи биотоков жевательных мышц, запись движений головки нижней челюсти, электрометрическое исследование пульпы зуба и др.
- Несмотря на широкое развитие лабораторных и инструментальных исследований, использование компьютеров в диагностике роль опроса больного не следует принижать. Он относится к самым старым и классическим методам обследования. Хотя этот метод имеет ограниченные возможности и ему недоступны многие тонкие процессы, протекающие в тканях пародонта, в слизистой оболочке, кости альвеолярной части. Обследование больного всегда надо начинать с опроса и осмотра больного. Эти два метода в большинстве своем определяют направление всех последующих исследований. Знаменитый русский врач Г.А.Захарьин считал расспрос больного искусством. Он писал: "Сколько бы не выслушивали и не выстукивали. Вы никогда не сможете безошибочно определить болезнь, если не прислушаетесь к показаниям самого больного, если не научитесь трудному искусству исследовать душевное состояние больного". Анамнез. При собирании анамнеза важно получить данные о перенесенных заболеваниях, их осложнениях, о состоянии внутренних органов, особенно пищеварительной, нервной, сердечно-сосудистой системы, т. е. о заболеваниях, которые надо учитывать в процессе ортопедического лечения. Например, после излечения сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, стенокардия) вместо несъемных протезов необходимо применять съемные, чтобы устранить такой травмирующий нервно-сосудистую систему фактор, как множественное препарирование зубов. Если же врач решит использовать несъемные протезы, получив на это разрешение соответствующего специалиста, то протезирование необходимо проводить обязательно с применением обезболивания, включая и общий наркоз. Наличие у обследуемого таких заболеваний, как ревматоидный полиартрит, пиелонефрит, гломерулонефрит, признаков хронической инфекции невыясненной этиологии обуславливает необходимость тщательной оценки состояния периапикальных тканей как зубов, так и корней зубов, а также качества их лечения. В случаях установления очагов хронического воспаления, не поддающихся излечению, зубы не могут быть использованы для ортопедического лечения. Их необходимо удалить, чтобы устранить влияние на организм возможных очагов хронической инфекции. Бронхиальная астма является противопоказанием к применению слепочных материалов, имеющих запах (репин, тиодент). По этой же причине противопоказана перебазировка съемных протезов непосредственно в полости рта. Препарирование зубов у этих больных необходимо проводить при постоянном увлажнении зубов и режущего инструмента, так как запахи и пыль могут вызвать приступ астмы. Перед лечением необходимо выяснить, чем снимается приступ астмы у каждого конкретного больного. Важное значение имеют социально-бытовые факторы (жилищные и производственные условия, питание, отрицательные эмоции и др.). Далее следует выяснить этиологию и течение данного заболевания (кариес зубов и его осложнения), пародонтит или пародонтоз, травма, аномалии зубочелюстной системы, болезни слизистой оболочки, опухоли, аллергия), каково влияние дефекта зубного ряда на психику больного, имеются ли функциональные нарушения, пользовался ли больной ранее протезом, какой конструкции, продолжительность привыкания к нему, какие были недостатки. Все эти сведения весьма ценны, они помогают выявить патогенез заболевания, характер функциональных нарушений, устранить недостатки имеющегося протеза и способствуют более полному восстановлению функций путем рационального протезирования. Исходя из анамнеза и субъективных симптомов, врач делает предположения: 1) о характере заболевания (острое или хроническое); 2) о локализации пораженного органа и состоянии других органов зубочелюстной системы; 3) о возможных причинах заболевания (этиологический фактор). Можно также предположить наличие у больного той или иной формы заболевания зубочелюстной системы. Таким образом, на втором этапе врач оперирует несколькими предположениями. Эти рабочие гипотезы способствуют целенаправленному проведению дальнейших исследований (поликлинические и лабораторные) для получения исчерпывающих объективных данных о заболевании. Как на этом этапе, так и на последующих нецелесообразно окончательно останавливаться ни на одном из предположений и устанавливать окончательный диагноз.

ВНЕШНИЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО

- У всех пациентов следует провести внешний осмотр лица. Это делают незаметно для больного, во время опроса. Обращают внимание на симметричность половин лица, высоту нижней части его, выступание подбородка, линию смыкания губ, выраженность подбородочной и носогубных складок, положение углов рта, обнажение зубов или альвеолярной части при разговоре и улыбке.
- Анатомические образования нижней трети лица: а - носогубная складка; б - филтър; в - верхняя губа; г - угол рта; д - линия смыкания губ; е - ; ж - красная кайма губ; з - подбородочная складка.



Анатомические образования нижней трети лица.

1 — носогубная складка; 2 — верхняя губа; 3 — фильтр; 4 — угол рта; 5 — линия смыкания губ; 6 — красная кайма губ; 7 — подбородочная складка



- В клинике ортопедической стоматологии широкое распространение получило деление лица на три части: верхнюю, среднюю и нижнюю. Верхняя треть лица расположена между границей волосистой части на лбу и линией, соединяющей брови. Границами средней части лица служат линия, соединяющая брови и основание перегородки носа. Нижняя треть лица - это его часть от основания перегородки носа до нижней точки подбородка.
- Установить какую-либо зависимость между высотой этих трех частей лица, вероятно, можно лишь для лиц строгого классического профиля. Вообще деление высоты лица на три части условно, поскольку положение точек, в соответствии с которыми производится деление, весьма индивидуально и в течение жизни человек может меняться. Например, граница волосистой части на лбу у различных субъектов расположена неодинаково и с возрастом может перемещаться. То же касается и нижней трети лица, высота которой непостоянна и зависит от вида смыкания и сохранности зубов. Наименее изменчива средняя треть лица. Несмотря на то, что между размерами указанных частей лица нельзя усмотреть закономерной пропорциональности, у большинства лиц они имеют относительное соответствие, что обеспечивает эстетический оптимум. Для ортопедических целей важно различать два размера высоты нижней трети лица. Первую измеряют при сомкнутых зубах, и она называется окклюзионной. Вторую определяют в положении относительного функционального покоя, когда нижняя челюсть опущена и между зубами возникает промежуток. Это - высота относительного функционального покоя.
- Деление лица на три части: а - верхняя; б - средняя; в - нижняя треть.



ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ РТА

- ▣ Прежде всего определяют степень открывания рта. Затрудненное открывание рта может иметь место как при сужении ротового отверстия, так и при затруднениях движений нижней челюсти в связи с мышечной или суставной контрактурой. Само по себе затруднение в открывании рта указывает на определенную патологию; кроме того мешает проведению многих манипуляций, связанных с протезированием (введение оттискных ложек или протеза). Одновременно устанавливается степень разобщения зубных рядов при открывании рта.
- ▣ Изучая степень открывания рта, следует обратить внимание на характер движений нижней челюсти; плавность, прерывистость, отклонения ее вправо или влево.
- ▣ Затем изучают состояние слизистой оболочки полости рта: десны, переходной складки, щек, твердого и мягкого неба. Осматривают миндалины, заднюю стенку глотки, язык (величина, подвижность, состояние его слизистой оболочки). В норме слизистая оболочка бледно-розовая или розовая, влажная, блестящая. Однако она может воспалиться, становясь отечной, разрыхленной и кровоточит. Отмечается ее гиперемия, иногда сочетающаяся с синюшностью.
- ▣ У детей необходимо проверить носовое дыхание, которое может быть затруднено в связи с гипертрофией глоточных миндалин, а также в связи с наличием аденоидов.

Обследование зубных рядов

- Осмотр зубов проводят в определенном порядке, начиная с верхней челюсти, и последовательно осматривают каждый зуб от зуба мудрости одной стороны до одноименного другой. При осмотре каждого зуба обращают внимание на следующее: 1) его положение; 2) форму; 3) цвет; 4) состояние твердых тканей (поражение кариесом, флюорозом, гипоплазией); 5) устойчивость зуба; 6) соотношение внеальвеолярной и внутриальвеолярной частей его; 7) положение по отношению к окклюзионной поверхности зубного ряда; 8) наличие пломб, их состояние.
- При обследовании зубов обращается внимание на их смыкание, положение по отношению к соседям и антагонистам. В переднем отделе кроме того следует обратить внимание на глубину перекрытия. Обследование позволяет получить предварительное представление о характере окклюзионной поверхности и возможных ее деформациях.
- Затем следует установить форму зубных дуг (эллипсоидная, параболическая, трапециевидная, сплюснутая и др). Выясняется также характер смыкания зубных рядов (прикус). Обычно определение вида смыкания зубов не вызывает трудностей. Затруднения возникают при патологических состояниях, в частности при переломах челюстей, особенно многооскольчатых. Большую помощь в этом могут оказать фасетки стирания, названные Энглем окклюзионными. Они образуются в результате трения зубов во время их артикуляции и имеют строго определенное расположение в зависимости от вида прикуса.

- Оценка зубов складывается из определения формы коронки, состояния твердых тканей коронковой части и корня, тканей периодонта, включая периапикальную область, состояния пульпы зуба. Необходимо тщательно осмотреть области межзубных контактов, где чаще всего развивается кариес.
- Описывают характер (кариес, гипоплазия, клиновидные дефекты, физиологическая и патологическая стираемость), топографию (классификация по Блэку) и степень поражения твердых тканей и, наконец, записывают в зубной формуле истории болезни отсутствующие зубы.
- Оценка нарушения формы зуба, топографии и степени поражения твердых тканей зубов позволяет не только установить наличие заболеваний, но и определить необходимость проведения ортопедических вмешательств. Так, например, при полном разрушении коронковой части любого зуба необходимо принять все меры для ее восстановления с помощью различных конструкций штифтовых зубов (культовые коронки по Копейкину, штифтовые зубы).



Перкуссия

- Перкуссия здорового зуба безболезненна и сопровождается громким, ясным звуком. При возникновении изменений в пульпе и периодонте, резорбции костной ткани и волокон периодонта сила и оттенок звука изменяются. С помощью этого метода определяют состояние периапикальных тканей по выраженности болевых ощущений, возникающих в ответ на легкие удары по зубу, направляемые вертикально или под углом к коронковой части зуба. В случае возникновения болей при ударах небольшой силы не требуется дальнейшее увеличение усилий. По звукам, возникающим при постукивании, можно определить также состояние пульпы зуба. Перкуссия зуба с погибшей пульпой, депульпированного и с запломбированным каналом дает приглушенный звук, незапломбированного—тимпанический, напоминающий звук, возникающий при ударе по барабану. При хронических патологических изменениях в апикальной зоне, как правило, отмечается притупление звука при угловой перкуссии. Притупление звука и возникновение болей определяются в случаях периапикального и маргинального воспаления и гибели компактной костной ткани стенок альвеол.

Обследование беззубой альвеолярной части

- Обследование беззубого альвеолярного гребня как части протезного ложа, вначале проводится путем осмотра, пальпации, а в последующем и изучения диагностических моделей челюстей.
- При осмотре в первую очередь обращают внимание на влажность и цвет слизистой оболочки (бледно-розовый, ярко-красный при гиперемии, синюшный при застойных явлениях), целостность (изъязвления, пролежни, странгуляционные бороздки от давления, чаще всего располагающиеся на границах протеза около слизистого бугорка на нижней и альвеолярного бугра на верхней челюсти), избыток слизистой оболочки в виде "петушиного гребня". При этом легко определить величину, форму (закругленная, остроконечная) альвеолярного гребня, характер его скатов, атрофию (умеренная, средняя), выраженная (равномерная, неравномерная), наличие острых выступов, появляющихся после удаления зубов при плохой обработке костной раны, экзостозов, нависающих краев с поднутрениями. На верхней челюсти важно обратить внимание на альвеолярный бугор, его величину, толщину слизистой оболочки, покрывающей его, а иногда избыток ее, а на нижней - слизистый бугорок, появляющийся после удаления третьего моляра.
- При осмотре удастся также заметить складки слизистой оболочки, идущие продольно, по вершине гребня или на его скатах. Здесь же могут быть тяжи, рубцы слизистой оболочки, образовавшиеся после травмы, грубых операций удаления зуба или ожогов. Всегда надо осмотреть места прикрепления язычных и губных уздечек (у основания или на вершине альвеолярного отростка) и их подвижность.
- Пальпацией определяют рельеф альвеолярного отростка (гладкий, бугристый), податливость слизистой оболочки (податливая, плотная, истонченная, рыхлая), подвижность складок, идущих по альвеолярному отростку или его скатам, особенно с язычной стороны, их расправляемость при соответствующем усилии пальца. Пальпация позволит обнаружить скрытые костные выступы, болезненные при небольшом надавливании, которые в последующем будут причиной боли и затруднят пользование протезом.
- Обязательно следует пальпировать слизистый бугорок на нижней челюсти для определения степени его плотности и подвижности. Необходимо установить амплитуду смещения и консистенцию избытка слизистой оболочки ("петушиный гребень"), часто встречающегося на альвеолярном гребне верхней и нижней челюстей после удаления передних зубов.

Диагностические модели челюстей

- Сведения о смыкании зубов можно получить непосредственно при осмотре зубных рядов в полости рта. В то же время этот способ имеет недостатки, поскольку не позволяет видеть смыкание небных и язычных бугорков. Для этого удобны диагностические модели челюстей, которые изготавливаются следующим образом. Снимают оттиски верхней и нижней челюстей, отливают модели из высокопрочного гипса. Основание моделей оформляют при помощи специальных аппаратов, резиновых форм или обрезают так, чтобы углы цоколя соответствовали линии клыков, а основание было параллельно жевательным поверхностям. Можно загипсовать модели в аппарат (артикулятор), воспроизводящий движения нижней челюсти. На моделях отмечают номер истории болезни, фамилию, имя, отчество больного, а также дату снятия оттиска. Такие модели являются одновременно диагностическими и контрольными. Они облегчают постановку диагноза, разработку плана лечения и помогают судить о его результатах.
- На диагностических моделях можно изучить форму зубных дуг, деформацию их, сравнить одноименные зубы правой и левой половин челюсти, окклюзионные контакты небных и язычных бугров, степень перекрытия нижних передних зубов верхними, характер окклюзионной кривой, деформацию окклюзионной поверхности зубных рядов и т.д. Можно также изучить положение зубов, ограничивающих дефект, их смещение, наклон.
- С помощью диагностических моделей удастся уточнить рельеф поверхности альвеолярной части (гладкий, бугристый), степень атрофии (незначительная, средняя, выраженная) и характер ее (равномерная, неравномерная), гипертрофию, деформацию после травмы. Диагностические модели позволяют также составить представление о положении беззубой альвеолярной части по отношению к аналогичному, но расположенному на противоположной челюсти или естественным зубам. Наконец, на них можно провести измерения и специальными приборами начертить профиль его поперечного сечения альвеолярного гребня в различных отделах.

Эргономика

- Эргономика (от греч. *ergon* - наука и *nomos* - закон) - роль эргономики в стоматологии связана в первую очередь с организацией рабочего места врача и вспомогательного персонала с учетом достижений науки и требований гигиены труда.
- Эргономика исследует влияние факторов окружающей производственной среды на функциональное состояние и работоспособность человека (состав воздуха, шум, вибрация, размещение оборудования; разрабатывает эффективную защиту от их вредного влияния), занимается проектированием рабочих мест, стоматологического оборудования, инструментария, мебели, т.е. разрабатывает наиболее комфортные условия для врача и пациента в лечебном учреждении, создает благоприятный психологический климат в коллективе.
- В настоящее время разработаны современные эргономические принципы работы врача-стоматолога: физиологическое положение больного в кресле, правильные позы врача и ассистента при работе «в две» и «в четыре» руки.

Деонтология

- Этика Под медицинской этикой подразумевают сочетание нравственных норм, которым обязаны следовать медицинские работники в ходе выполнения своих профессиональных обязанностей
- Деонтология (от греч. *deon, deontos* - долг, должное и *logos* - учение) - наука о профессиональном долге медицинского работника.
- Близко к деонтологии примыкает медицинская этика, изучающая морально-этические аспекты медицины.
- В деонтологии сочетаются научно-практические знания, обеспечивающие успешные отношения между людьми. В медицине это нормы профессионального долга, поведения медицинских работников, взаимоотношения их между собой и с пациентами. Врач должен вселить веру в успешный исход лечения, что способствует скорейшему выздоровлению пациента. Формирование доверительных отношений между пациентом и врачом обеспечивается за счет следующих компонентов: этического - убежденность пациента в добросовестности медперсонала; делового - высокая квалификация врача, стремление к профессиональному росту и самосовершенствованию; психологического - отношение с пониманием, с сочувствием. Кроме того, имеют значение внешний вид медперсонала, коммуникабельность, умение задавать вопросы и слушать пациента. Каждый врач обязан уважать своих коллег, не подрывать их авторитет.
- Неправильным является поведение врача, когда после осмотра пациента в его присутствии отвергается ранее поставленный диагноз и проводимое лечение. Неприемлемо выставить своего коллегу, первым начавшим лечение, неграмотным специалистом, следует внести необходимые изменения, исправить ошибки в предельно корректной форме.

Документация медицинская

- ▣ **Документация медицинская** — система документов установленной формы, предназначенных для регистрации данных лечебных, диагностических, профилактических, санитарно-гигиенических и других мероприятий, а также для их обобщения и анализа.
- ▣ Основная документация врача-стоматолога терапевта на приеме:
 1. Листок ежедневного учета работы врача — стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета — ф. № 037/у-88
 2. Сводная ведомость учета работы врача — стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета — ф. № 039-2/у
 3. Медицинская карта — ф. 043-у состоит из листков:
 - Титульный лист
 - Добровольное информированное согласие пациента
 - Согласие на обработку персональных данных
 - Сроки прохождения целевых осмотров на онкозаболеваемость
 4. Контрольная карта диспансерного больного:
 - контрольная карта диспансерного наблюдения
 - вводный эпикриз
 - диспансерный осмотр
 - план лечения диспансерного больного (с диагнозом множественный кариес)

Приложение № 2
к приказу Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 20.12.2012 № 1177н

Форма

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, _____
(Ф.И.О. гражданина)

г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (неуказное зачеркнуть) в

_____ государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Г" _____
(полное наименование медицинской организации)

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 предлагаемые 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. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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 (неуказное зачеркнуть)

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

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

г. _____
(дата оформления)

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Дата _____

Телефон _____

Я, нижеподписавшийся _____

(Ф.И.О. гражданина)

Оптически проживающий по адресу _____

Зарегистрированное место жительства _____

Паспорт серии _____ № _____

выдан _____

(тип документа и номер подразделения)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое добровольное согласие на обработку в «ГБУЗ» Городские _____ (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболевания, случаи обращения за медицинской помощью в медико-профилактические центры, в том числе установленной медицинского персонала и оказания медицинской услуг при условии, что я обработке осуществляются лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную и служебную тайну.

Литература

- <http://zuboff.net/dokumentatsiya-stomatologa/>
- <https://med.mcfr.kz/article/143-etika-i-deontologiya-v-rabote-meditsinskoy-sestry>