

## Уважаемые родители!

В вашей школе функционирует стоматологический кабинет.

В основе работы стоматологического кабинета - принцип диспансеризации профессора Виноградовой Т.Ф.

В комплекс мероприятий по оздоровлению ребенка входят лечебно-профилактические мероприятия:

**1. Распределение детей на диспансерные группы** с учетом наличия соматических заболеваний, степени активности кариеса, заболеваний тканей пародонта и наличие ортодонтической патологии.

- Детей 1-ой диспансерной группы осматривают и saniруют 1 раз в год, 2 раза в год проводят профилактические мероприятия.

- Детей 2-ой диспансерной группы осматривают и saniруют 2 раза в год, 3 раза в год проводят профилактические мероприятия.

- Детей 3-ей диспансерной группы осматривают и saniруют 3 раза в год, 5 раз в год проводят профилактические мероприятия.

### **2. Проведение профилактических мероприятий:**

-покрытие зубов препаратами, содержащими фтор;

-реминерализирующая терапия;

-герметизация фиссур;

-эндогенная профилактика кариеса.

### **3. Санитарно-просветительная работа:**

-индивидуальные беседы с ребенком;

-индивидуальные беседы с родителями;

-обучение гигиене полости рта;

-уроки гигиены, в том числе и с родителями.

Режим работы стоматологического кабинета зависит от плана диспансеризации, который выполняет врач и режима работы учебных заведений.

В период каникул врачи работают в детском и терапевтических отделениях ГБУЗ «Областная стоматологическая поликлиника».

По производственной необходимости во время учебного года врачи привлекаются в детское и терапевтические отделения ГБУЗ «Областная стоматологическая поликлиника».

Врач стоматологического кабинета осуществляет профилактические осмотры и плановую санацию детей вашей школы **только после сбора и оформления необходимой документации.**

Для оформления документации на вашего ребенка необходимо предоставить:

1. Копию свидетельства о рождении (до 14 лет или паспорта с 14 лет). После получения паспорта необходимо обратиться в страховую организацию и предоставить данные паспорта
2. Копию страхового полиса
3. Копию СНИЛС
4. Предоставить заполненное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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.

## 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)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании первичной медико-санитарной помощи \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка)

«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, 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), в том числе даю информированное добровольное согласие на:

1. Опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр (пальпация, перкуссия, термометрия).
3. Лечебные манипуляции:
  - проведение различных видов обезболивания
  - лечение стоматологических заболеваний согласно МКБ-10.
4. Профилактические мероприятия:
  - покрытие зубов препаратами, содержащими фтор,
  - реминерализующая терапия,
  - герметизация фиссур,
  - эндогенная профилактика кариеса.
5. Санитарно-просветительная работа:
  - индивидуальные беседы с ребенком,
  - индивидуальные беседы с родителями,
  - обучение гигиене полости рта,
  - уроки гигиены, в том числе и с родителями.
6. При наличии медицинских показаний направление к другим специалистам стоматологического профиля и специалистам педиатрического профиля
7. По медицинским показаниям направление на лабораторные, функциональные, рентгенологические методы обследования:
8. Направление на физиотерапевтическое лечение.

(Полное наименование организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

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:

- Аллергические реакции на использование лекарственных препаратов, медикаментов и стоматологических материалов, вплоть до анафилактического шока.
- Осложнения, возникающие при лечении различных форм кариеса.
- Осложнения возникающие при эндодонтических вмешательствах, в частности постпломбировочные боли и обострения хронических воспалительных процессов в виде периодонтитов, абсцессов, флегмон.

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. № 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 (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

" " \_\_\_\_\_ +201 г.  
(дата оформления)

При возникновении вопросов по заполнению документации обращайтесь в стоматологический кабинет вашей школы в часы работы.

Данное письменное согласие действует на все время обучения ребенка в школе.

Неотложная стоматологическая помощь оказывается детям по обращаемости и включает, как правило, первую помощь при травмах челюстно-лицевой области, включая травму зубов и острые воспалительные процессы (пульпит, периодонтит).

Врач выдает направление на дальнейшее лечение в детском отделении ГБУЗ «Областная стоматологическая поликлиника», записаться на лечение можно у администратора (при личном обращении в отделение при себе иметь направление врача) или по телефону 8(4242)75-08-97.

Если вы **отказываетесь** от осмотра и санации полости рта в стоматологическом кабинете при вашей школе то **заполните отказ от видов медицинских вмешательств, включенных 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.**

Данный письменный отказ действует на все время обучения ребенка в школе.

## Отказ

от видов 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)

зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании первичной медико-санитарной помощи \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 г. рождения, в стоматологическом кабинете ГБУЗ «Областная стоматологическая поликлиника»

отказываюсь от следующих видов 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. за № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 мая 2012 г. № 24082) (далее - виды медицинских вмешательств), в отношении лица, законным представителем которого я являюсь.

1. Опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр (пальпация, перкуссия, термометрия).
3. Лечебные манипуляции:
  - проведение различных видов обезболивания
  - лечение стоматологических заболеваний согласно МКБ-10.
4. Профилактические мероприятия:
  - покрытие зубов препаратами, содержащими фтор,
  - реминерализирующая терапия,
  - герметизация фиссур,
  - эндогенная профилактика кариеса
5. Санитарно-просветительная работа
  - индивидуальные беседы с ребенком,
  - индивидуальные беседы с родителями,
  - обучение гигиене полости рта, уроки гигиены, в том числе и с родителями.
6. При наличии медицинских показаний направление к другим специалистам стоматологического профиля и специалистам педиатрического профиля.
7. По медицинским показаниям направление на лабораторные, функциональные, рентгенологические методы обследования.
8. Направление на физиотерапевтическое лечение.

Другое:

\_\_\_\_\_ (указывается индивидуально законным представителем, либо ставится прочерк)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

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

Мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

**ОЗНАКОМЛЕН И СОГЛАСЕН:**

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

«    »    \_\_\_\_\_ 201 г.  
(день оформления)

