

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на лечение кариеса, некариозных заболеваний (поражений) твёрдых тканей зубов

Я, _____
(Ф.И.О пациента, достигшего возраста 15 лет либо Ф.И.О родителя или иного законного представителя)

являясь законным представителем несовершеннолетнего, не достигшего 15 лет/недееспособного

(Ф.И.О несовершеннолетнего/недееспособного)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю информированное добровольное согласие на лечение кариеса, некариозных заболеваний (поражений) твердых тканей зубов в ООО «_____».

Я информирован(а), что лечение проводится в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях, Порядком оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями, утв. приказами Минздрава РФ, на основе Клинических рекомендаций.

Лечащий врач после проведенной диагностики обосновал необходимость проведения терапевтического лечения зубов и последствия отказа от лечения и рекомендованного метода восстановления зуба(ов).

Последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирование кариозного процесса, поражение пульпы и периодонта зуба, образование кисты, появление либо нарастание болевых ощущений, ухудшение эстетики, перелом коронки зуба при отказе от рекомендованного метода его восстановления, потеря зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, нарушение функции речи, жевания, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава.

Альтернативными методами лечения (возможными вариантами медицинского вмешательства) являются: удаление пораженного зуба (-ов), отсутствие лечения как такового.

В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия (анестетика) я доверяю медицинскому работнику, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые лекарственные препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии.

Я информирован(-а) о принципах, целях и методах терапевтического лечения кариеса и некариозных заболеваний (поражений) твёрдых тканей зуба (-ов), которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: устранение факторов, обуславливающих процесс разрушения тканей зуба; предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса; сохранение и восстановление анатомической формы и функции зуба; предупреждение развития патологических процессов и осложнений. Я понимаю, что терапевтическое лечение является биологической процедурой и, вместе с тем, высокий процент успешности проведения терапевтического лечения (более 80%) не исключает определенный процент (5-20%) неудач, что может потребовать: повторной установки пломбы, эндодонтического лечения зуба (-ов) (лечения корневых каналов) в будущем.

Я информирован(-а), что выбор метода восстановления зуба зависит от ряда факторов, в том числе от индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ), который определяется после препарирования кариозной полости зуба. При показателях ИРОПЗ - 0,2-0,4 применяется метод пломбирования. Для группы жевательных зубов при ИРОПЗ > 0,4 показано изготовление вкладок из металлов, из керамики или из композитных материалов. При ИРОПЗ > 0,6 показано изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ > 0,8 показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок.

Я информирован(-а), что в случае разрушения более 50% твердых тканей зуба, композитная реставрация, вне зависимости от метода полимеризации, по истечению времени может давать усадку, что в последствии может привести к нарушению краевого прилегания и, как следствие, приводит к нарушению герметизации пломбы и рецидиву кариеса в недалеком будущем с возможным отломом (переломом) стенки зуба.

Композитная реставрация также неэффективна в случае разрушения зуба ниже уровня десны в связи с постоянным подтеканием десневой жидкости, нарушающей технологию постановки пломбы. В этих случаях методом выбора является изготовление не прямой реставрации из композита или керамики в лаборатории, которая затвердевает в идеальных условиях с соблюдением технологии и дает усадку до постановки в полость рта, а не во рту пациента, и, следовательно, не давит на стенки оставшегося зуба, сберегая их, и идеально прилегает к зубу, в том числе в поддесневой области.

Я информирован(-а), что для терапевтического лечения кариеса и некариозных заболеваний (поражений) зуба (-ов) проводится процедура сошлифовывания слоя твердых тканей зуба, которая является необратимой. Я информирован(-а), что истинный размер кариозной полости определяется разрушением дентина и всегда превышает видимый глазом размер кариозной полости в области эмали, вследствие различной твердости тканей зуба. Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания и понимаю, что в процессе препарирования зуба (удаления пораженных тканей с помощью бора), может измениться диагноз и тактика лечения, может потребоваться эндодонтическое лечение каналов зуба.

Я также проинформирован(а) о возможных осложнениях:

- о возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов); нарушение общего состояния организма и др;

- о возможных осложнениях под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей; кровоизлияние в

месте укола; снижение внимания; аллергические реакции, возможного появления временного нарушения чувствительности (временной парестезии) язычного и нижнечелюстного нерва;

- о возможных последствиях приема анальгетиков и антибиотиков, а именно: аллергические реакции; изменение витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;

- о возможных осложнениях в процессе лечения, а именно: вскрытие полости зуба с необходимостью проведения эндодонтического лечения; увеличение объема препарирования и реставрации в связи с выявлением скрытых кариозных дефектов;

- о возможных осложнениях после лечения, а именно: возникновение самопроизвольных болей от термических раздражителей или при накусывании на реставрацию, в результате чего может потребоваться замена реставрации или эндодонтическое лечение зуба; воспаление десны вокруг зуба;

- о возможности возникновения новых кариозных полостей на поверхностях зуба, ранее не подвергавшихся лечению, что не связано с выполненной реставрацией.

Я информирован(-а), что для лечения зубов с глубокими и обширными полостями, даже после постановки постоянной пломбы, может потребоваться эндодонтическое лечение зуба и перелечивание ранее пломбированных корневых каналов в нем, и что присутствие такой рекомендации врача в предварительном плане лечения нужно для получения наилучшего результата лечения. Также я информирован(-а), что наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза является сохранение жизнеспособности пульпы. В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба с ранее имевшейся в нем кариозной полостью или глубоком клиновидном дефекте, стираемости, существует риск воспаления пульпы зуба и (или) развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня зуба как в процессе, так и после постановки постоянной пломбы.

Я информирован (-а) о необходимости строго следовать этапам лечения, важности соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также о необходимости полного восстановления целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я согласен(-на) с тем, что итоговый результат лечения может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные пломбы эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций. Я осознаю риск, связанный с применением анестезии, прочих лекарственных препаратов, а также медицинских изделий. Я понимаю, что в моих интересах начать предложенное мне лечение.

Со своей стороны, я высказал(-а) все жалобы, проинформировал(-а) медицинского работника обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемого лечения или служить противопоказаниями к его проведению. Я предупрежден(-а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов и медицинских изделий. Я предоставил(-а) медицинскому работнику точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь.

Мне объяснено, и я понял(-а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Я информирован (-а) о предполагаемых результатах терапевтического лечения лечения кариеса и некариозных заболеваний (поражений) твёрдых тканей зуба (-ов), а именно стабилизация патологического процесса (отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики).

Я имел(-а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(-а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(-а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению. Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

Я получил (а) полную информацию о гарантийных сроках и ознакомлен (а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать.

Я проинформирован (а) врачом, что данная медицинская услуга может быть оказана по программе обязательного медицинского страхования в иных медицинских организациях, в объёме и на условиях территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС. Данное медицинское вмешательство будет мне оказано на платной основе.

Настоящий документ хранится в моей медицинской документации.

Дата оформления информированного добровольного согласия: «_____» _____ 20__ г.

Пациент (законный представитель): _____ / _____ /
(подпись)(расшифровка)

Медицинский работник:

_____ / _____ /
должность, подпись _____ расшифровка

