

УТВЕРЖДАЮ



Приложение № 3 к приказу № 1709/1 от 17 сентября 2018 г.

Типовая форма

Информированное добровольное согласие пациента
на стоматологическое лечение по терапевтическому лечению кариеса в ООО «Дента Арт»

Я, _____ " _____ г. рождения,

Законный представитель _____,
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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в стоматологической клинике общества с ограниченной ответственностью «Дента Арт», а именно проведение

стоматологического лечения по терапевтическому лечению кариеса зуба

№ _____

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

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

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым лечением и мог либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий диагноз _____

и указал на необходимость лечения кариеса этих зубов.

Я понимаю, что кариес является многофакторным заболеванием, обусловленным, в том числе бактериями, которые находятся в полости рта и разрушают твердые ткани зуба (эмаль, дентин), степенью минерализации твердых тканей зуба, уровнем гигиены полости рта, наличием общих системных заболеваний, приемом некоторых лекарственных препаратов, которые затрудняют гигиену полости рта что приводит к вымыванию солей и минералов из организма, что приводит к ослаблению тканей зубов, вредными условиями труда.

Я понимаю **сущность предложенного мне метода лечения** кариеса, который заключается в удаление пораженных кариесом тканей и остатков старых пломб методом сверления твердых тканей зуба (эмали, дентина), медикаментозной обработке здоровых тканей зуба после сверления растворами антисептиков с целью обеззараживания тканей зуба и последующим пломбированием (восстановлением) целостности твердых тканей зуба пломбировочным материалом. Вид пломбировочного материала устанавливает доктор после сверления и зависит он каждой конкретной ситуации: расположения кариозной полости, состояния здоровых тканей, степени распространенности кариеса.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. **Альтернативными методами лечения кариеса являются:** удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование кариеса и **развитие его осложнений** (воспаление пульпы (нерва) зуба и тканей окружающих корень зуба (в том числе отек и воспаление мягких тканей лица, абсцесс и флегмона челюстно-лицевой области, которые могут привести к летальному исходу), прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология, образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

Я понимаю, что возможными **осложнениями лечения кариеса** может быть воспаление пульпы (нерва)

зуба и тканей окружающих корень зуба (в том числе отек и воспаление мягких тканей лица, абсцесс и флегмона челюстно-лицевой области, которые могут привести к летальному исходу); потеря зуба.

Врач объяснил мне, что кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали, в действительности гораздо больше. Это связано с низкой прочностью расположенного под эмалью дентина. Мне объяснено, что дентин способен пропускать часть бактерий через свою толщу в пульпу зуба, поэтому при повреждении дентина в пульпе формируется очаг воспаления, размер которого зависит от протяженности кариозного дефекта. Очаг воспаления сохраняется после удаления кариеса и пломбирования зуба, а его ликвидация зависит от состоятельности моей иммунной системы. По этой причине, спустя некоторое время после пломбирования зуба по поводу неосложненного кариеса, может потребоваться эндодонтическое вмешательство (лечение корневых каналов).

Я понимаю, что даже при самых тщательных методах диагностики кариеса врач не всегда может обнаружить кариозные повреждения на ранних стадиях. Это касается невидимых глазу поверхностей, которыми зубы примыкают друг к другу. Скрытые в толще эмали, такие полости не видны и на рентгеновских снимках, поэтому контрольные осмотры 1 раз в 6 месяцев позволяют обнаруживать и устранять такие дефекты.

Мне объяснено, что необходимо заменять реставрации, имеющие вторичный кариес или краевые щели, так как развитие кариозного поражения под такой реставрацией приведет к поражению пульпы и потребует лечения корневых каналов. Если зуб с такими реставрациями ранее уже подвергался лечению корневых каналов, то доступ бактерий к корневым каналам приведет к их инфицированию.

Я уведомлен(а), что для терапевтического лечения проводится процедура сошлифования слоя твердых тканей зуба, которая является необратимой.

Я осознаю, что **несвоевременное лечение кариеса приведет к осложнениям в виде необратимой гибели пульпы зуба, что в несколько раз увеличит стоимость и сложность лечения данного зуба (зубов).**

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что не всегда возможно поставить точный диагноз (кариес или пульпит) и спланировать соответствующее лечение. Я сознаю, что для лечения зубов с глубокими и обширными полостями даже после постановки постоянной пломбы может потребоваться депульпирование зуба и лечение (перелечивание ранее пломбированных) корневых каналов в нем, и что присутствие такой рекомендации врача в предварительном плане лечения нужно для получения наилучшего результата лечения.

Также меня уведомили, 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, что в этом случае за дополнительную плату согласно прайсу будет проведено лечение корневых каналов опорного зуба наиболее рациональным и безопасным способом и последующее протезирование.

Мне известно, что коррекции корневых и коронковых пломб (необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата), пришлифовка готовых пломб по прикусу, неполное их совпадение по цвету, форме и прозрачности с соседними зубами и искусственными конструкциями и при различном освещении являются конструктивной особенностью данной медицинской услуги и не относятся к существенным недостатком оказанных услуг. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного 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 уведомлен, что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволютивных процессов, возникает необходимость коррекции либо переделки коронковых пломб.

Я уведомлен, что через какое-то время (обычно через 3 года), наблюдается нарушение краевого прилегания пломбы к тканям зуба, что связано с особенностями химического состава пломбировочного материала, при этом возникает необходимость переделки пломб.

Я информирован, что лечение кариеса проводится с применением инъекционной анестезии, соответствующей подвергающемуся лечению зубу. Я осведомлен о возможных осложнениях во время проведения анестезии, при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал доктора _____ обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.

Я ознакомлен с информацией, касающейся каждого аспекта терапевтического лечения моих зубов, и понимаю, что они направлены на сохранение моего здоровья.

Я понимаю важность соблюдения гигиены полости рта, обязательность контрольных осмотров и профессионального удаления зубных отложений 1 раз в 6 месяцев.

Я ознакомился с гарантийными сроками, сроками службы и условиями предоставления гарантий по

терапевтическому лечению кариеса.

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

Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я имел возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я принимаю решение о лечении на предложенных мне условиях.

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и несет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

С информированным согласием ознакомлен и согласен.

Подпись пациента (законного представителя) _____

Подпись врача _____

Дата “ ____ ” 20__ г.