

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**»).

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:
ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА**

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 «Жемчуг»**, далее именуемое – «**Исполнитель**», и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **лечение кариеса**.

Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. **Цели лечения.** Основными целями лечения кариеса являются: остановка патологического процесса; восстановление анатомической формы и функции зуба; предупреждение развития осложнений; восстановление эстетики зубного ряда; профилактика воспалительных процессов.
2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства.** Лечение кариеса будет проводиться в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе кариес зубов», утвержденными Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений

«Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации.

Кариес - это инфекционный патологический процесс, при котором происходят деминерализация и размягчение твердых тканей зуба с последующим образованием дефекта в виде полости. Диагностика кариеса зубов проводится путем сбора анамнеза, клинического осмотра и дополнительных методов обследования. При диагностике устанавливается локализация кариеса и степень разрушения коронковой части зуба. В зависимости от поставленного диагноза выбирают метод лечения. Лечение кариеса может включать: устранение микроорганизмов с поверхности зубов; реминерализующую терапию на стадии «белого (мелового) пятна»; фторирование твердых тканей зубов при приостановившемся кариесе; сохранение по мере возможности здоровых твердых тканей зуба, при необходимости иссечение патологически измененных тканей с последующим восстановлением коронки зуба. Лечение проводится для каждого пораженного кариесом зуба. Восстановление анатомической формы коронковой части зуба может проводиться пломбированием и/или протезированием (изготовление вкладки, изготовление искусственной коронки, изготовление штифтовой конструкции). Вкладки могут изготавливаться как из металлов, так и из керамики и композитных материалов.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания (заболевания пациента, законным представителем которого я являюсь) и плана лечения и понимаю, что до вмешательства сложно определить степень кариозного поражения зуба (зубов) и запланировать соответствующее лечение. Иногда небольшое «пятно» на поверхности зуба может оказаться глубоким поражением зуба и потребовать эндодонтического лечения. Окончательное решение врач может принять только после того, как проведёт препарирование и удалит все поврежденные кариесом ткани зуба.

Врач предупредил меня, что после лечения кариеса возможна болевая реакция в области леченного зуба в течение нескольких недель. При появлении в области леченого зуба длительных, самопроизвольных болей зуб необходимо будет депульпировать, то есть удалить сосудисто-нервный пучок (нерв) с последующим проведением всех эндодонтических манипуляций. Депульпирование и проведение эндодонтического лечения проводятся с моего согласия за дополнительную плату. Я понимаю, что в ходе

лечения происходит сошлифовывание (удаление) слоя твердых тканей зуба, которое необратимо. В ходе лечения может использоваться дендальный микроскоп.

Материалы, методы, этапы и сроки лечения выбирает врач и согласовывает со мной. Врач ознакомил меня со всеми возможными альтернативными методами лечения: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового. Я понимаю, что альтернативные хирургические варианты лечения могут быть использованы при отсутствии эффекта от терапевтического лечения зубов.

Я информирован(а), что могу отказаться от лечения. Последствиями отказа от лечения могут быть: инфекционные осложнения, образование кисты, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, появление или обострение общесоматических заболеваний (желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы), появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба.

Я понимаю, что невозможно точно установить сроки лечения ввиду индивидуальной реакции организма на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков, которые иногда используются при лечении зубов.

3. **Риски, последствия, осложнения.** Я понимаю, что лечение кариеса является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

4. Я информирован(а) о возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время и после **лечения кариеса**: отечность десны в области зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение

нескольких дней; микротравмы десны; ощущение дискомфорта, болевые ощущения, боль при накусывании на зуб, продолжающаяся от нескольких часов до нескольких дней; выпадение или скол пломбы; отлом стенки зуба; изменение цвета коронки зуба; расхождение в цвете пломбы и эмали зуба, проявляющееся со временем; аллергические реакции на инструменты и материалы, применяемые в процессе лечения.

Высокий процент успешности проведения терапевтического лечения не исключает определенный процент неудач, что может потребовать повторного лечения зуба, установки пломбы, возможно, удаление зуба.

Я уведомлен(а), что появление симптомов аллергии на компоненты материалов после окончания лечения не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно.

5. Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства: патология иммунной системы (тяжелые инфекции и т.п.); острые инфекционные заболевания; болезни крови (лейкозы, лимфогранулематоз) и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства.

Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях.

Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу о состоянии моего здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь): перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные препараты, аллергические реакции и т.п. Я информирован(а) о том, что при сокрытии информации о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, я понимаю, что это может негативно сказаться на результатах и сроках лечения, стоимости медицинских услуг.

6. Предполагаемые результаты лечения. Ожидаемыми результатами лечения являются: остановка патологического процесса; предупреждение развития осложнений.

Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения субъективна. Мне понятно, что результат лечения может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные пломбы, вкладки и другие конструкции могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от моих зубов и других искусственных конструкций в полости рта, что не является следствием некачественно предоставленной медицинской

услуги, а обусловлены конструктивными особенностями материалов и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

7. Я ознакомлен(а) с Положением о гарантиях ООО «Жемчуг».
8. Я информирован(а) о необходимости обучения меня самостоятельному уходу за полостью рта, о необходимости проведения самостоятельной гигиены полости рта, профессиональной гигиены полости рта с частотой, установленной лечащим врачом.
9. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.
10. Я информирован(а), что в течение нескольких дней после лечения нужно воздержаться от окрашивающей пищи и напитков (неосветленные соки, напитки с красителями, кофе, темный чай, блюда с большим количеством свеклы, моркови и т.п.) и от курения – во избежание окрашивания пломб. Мне известно, что во избежание сколов пломб не рекомендуется пережевывать жесткую пищу (орехи, сухари, твердые фрукты и т.п.), откусывать от больших кусков (например, от целого яблока и т.п.).
11. Я информирован(а), что должен(а) незамедлительно предупреждать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в пункте 3 настоящего согласия состояний (осложнений), как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний, травмах), а также о принимаемых лекарственных препаратах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях.
12. Я информирован(а), что неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме, может привести к увеличению сроков лечения и, как следствие, увеличению стоимости лечения.
13. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.
14. 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.

15. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской документации.

Я принимаю решение приступить к медицинскому вмешательству на вышеизложенных условиях.

Пациент/Законный представитель пациента:

Дата: « ____ » _____ 20 ____ года

Подпись: _____ / _____

Врач:

Дата: « ____ » _____ 20 ____ года

Подпись: _____ / _____

дата	диагноз	манипуляции	подпись врача	подпись пациента	Рекомендации получил

