

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:
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗУБА (ЗУБОВ) МЕТОДОМ ПРЯМОЙ РЕСТАВРАЦИИ**

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: **восстановление зуба (зубов) методом прямой реставрации.**

Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. **Цели лечения.** Целью восстановления зуба (зубов) методом прямой реставрации является улучшение внешнего вида зубного ряда, восстановление функции. Показания к применению восстановления зуба (зубов) методом прямой реставрации: изменения цвета зубов (возрастные, травма, эндодонтическое лечение); наличие кариозных поражений и некачественных реставраций; заболевания некариозного происхождения, связанные с нарушением развития и формирования твердых тканей зубов (флюороз,

тетрациклиновые зубы, гипоплазия, несовершенный амелогенез и дентиногенез и др.); заболевания твердых тканей зуба, развивающиеся после прорезывания (истирание, сошлифовывание, эрозия, абфракция и др.); наличие трем и диастем, несоответствие поперечных размеров зубов, небольшие повороты по оси и/или наклоны зубов. Относительные противопоказания к прямой реставрации: нарушения окклюзии, парафункции (бруксизм), недостаточный гигиенический уход, воспалительные заболевания тканей пародонта. Я понимаю, что проводить эстетическую коррекцию передней группы зубов можно только после нормализации окклюзионных взаимоотношений, их стабилизации и завершения протезирования боковых участков.

2. Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства.

Для восстановления зуба (зубов) прямым методом используются композитные пломбировочные материалы высокого качества, соответствующие естественному оттенку эмали. Современные композитные материалы отвердевают под воздействием света, оптимально подходят для эстетического и функционального восстановления передних и боковых зубов.

Восстановление зуба (зубов) методом прямой реставрации проводится в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе кариес зубов», «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе болезни пульпы зуба», 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.

Восстановление зуба (зубов) методом прямой реставрации проводится в несколько этапов: **1. Выбор цвета.** Определиться с выбором цвета реставрации помогают эталонные шкалы. На этом этапе может проводиться фотографирование пациента: соответствующего цветового шаблона рядом с реставрируемым зубом. Оттенок дентина подбирают, прикладывая эталон к пришеечной трети и средней трети коронки зуба, эмали – к режущему краю. **2. Чистка зубов.** Зубы тщательно очищаются профилактической пастой, не содержащей фториды. **3. Изоляция зуба (зубов).** Во избежание попадания инфекции, во время проведения восстановления зуба, его изолируют специальной системой (коффердам

и ее модификации). 4. **Препарирование зубов** – щадящее сошлифовывание (удаление) слоя твердых тканей зуба, которое необратимо. 5. **Композитная реставрация**. Применяется традиционная методика «послойной реставрации» композитным материалом с направленной фотополимеризацией.

Материалы, методы, этапы и сроки лечения выбирает врач и согласовывает со мной. Врач ознакомил меня со всеми возможными альтернативными методами лечения: непрямые реставрации, 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 восстановление зуба (зубов) методом прямой реставрации 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 **восстановления зуба**: 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. Целью восстановления зуба (зубов) методом прямой реставрации является улучшение внешнего вида зубного ряда, восстановление функции.

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: _____ / _____

