

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 функций.

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

