

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В соответствии со статьей 20 Федерального закона 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие.

Этот документ свидетельствует о том, что я, {ФамилияИмяОтчество}, информирован(а) о предстоящем терапевтическом стоматологическом лечении, и что я согласен(сна) с предложенными мне условиями его проведения. Я соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач-стоматолог _____ и / или другой специалист, работающий вместе с ним. Я был(а) информирован(а) и понимаю цель терапевтического стоматологического лечения. Я понимаю, что в зависимости от имеющихся у меня заболеваний в полости рта будут выбраны **один или несколько видов лечения** по медицинским показаниям последовательно в порядке быстрого достижения выздоровления (улучшения состояния): санация очагов хронической инфекции, реставрация имеющихся зубов и замещение отсутствующих зубов.

Если мне нужно лечение кариеса и других заболеваний твердых тканей зубов с помощью композитных реставраций:

Я информирован(а) врачом о том, что консервативный метод лечения кариеса и дефектов твердых тканей зубов с применением композитных реставрационных материалов возможен при разрушении твердых тканей коронки зуба не более чем на 50%. Это связано с полимеризационной усадкой любого подобного материала во время отверждения, что приводит к отрыву на микроуровне его от стенок полости зуба. Поэтому, а также вследствие постепенного растворения микрофлорой зуба бондинга (соединения зуба с пломбой), любая композитная реставрация имеет ограниченный срок службы. В среднем - 5-10 лет. Если разрушено более 50% тканей зуба, то нарастает опасность скола стенок зуба и трещин коронок в ближайшем будущем после реставрации. В этом случае методом выбора является изготовление вкладки в лаборатории с целью сохранения и укрепления оставшихся зубных тканей. Последствиями **отказа** от данного вида лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений в пульпе зуба, нарастание болевых ощущений, полное разрушение зуба. **Альтернативным** методом лечения является удаление зуба, а также отсутствие лечения как такового. Этапы реставрации: механическая (до слоев здоровых тканей) и антисептическая обработка кариозной полости или дефекта твердых тканей зуба, и далее - герметичное пломбирование их для предупреждения распространения инфекционного процесса в пульпу зуба, а также воссоздания анатомической формы зуба. Врач информировал меня, о том, что в течение нескольких дней после лечения возможны ноющие ощущения в области реставрированного зуба. Я понимаю, что при наличии значительного дискомфорта в области реставрированного зуба, я должен своевременно сообщить об этом своему врачу. При успешном завершении консервативного лечения нельзя дать гарантии, что данный зуб не подвергнется в будущем кариозному процессу или перелому.

Если мне нужно эндодонтическое лечение:

Я информирован(а) и понимаю, что, если во время диагностики у меня выявлены очаги хронической инфекции в зубах с ранее лечеными каналами, мне требуется их эндодонтическое перелечивание, а иногда - удаление зубов, которые не имеют гарантии быть опорой новой конструкции. Перелечивание значительно увеличивает шансы на успех будущей реставрации, но не гарантирует 100%-ную ликвидацию уже имеющегося очага хронического воспаления и не гарантирует отсутствие периодических обострений в будущем. Последствиями **отказа** от данного вида лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, нарастание болевых ощущений, образование кисты челюсти, потеря зуба, а также системные проявления заболевания. **Альтернативными** методами лечения являются: удаление пораженного зуба и отсутствие лечения как такового. Эндодонтическое лечение может быть **одноэтапным**, включающим механическую и медикаментозную обработку корневых каналов зуба и пломбирование их в одно посещение, а может двух- и **более этапным**, при необходимости предварительной стерилизации при выраженном воспалении с помощью временной пломбировки лечебным составом для устранения инфекционного процесса во внутренних структурах канала и окружающих тканях челюсти. Несмотря на то, что эндодонтическое лечение современными методами с применением оптических приборов имеет высокий процент клинического успеха, я понимаю, что оно является вмешательством в организм с его, порой очень сложной анатомией каналов и индивидуальными особенностями иммунитета, и поэтому не может со 100% вероятностью иметь гарантию на успех. Во время лечения каналов корней зуба может произойти отлом эндодонтического инструмента, что может повлечь за собой невозможность его извлечения из корневого канала. Эндодонтический инструмент может также перфорировать стенку корня зуба. Данные осложнения возникают крайне редко, тем не менее, они могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения. В отдельных случаях эндодонтическое лечение терпит неудачу, в результате чего зуб может быть удален.

Если мне нужна профессиональная гигиена полости рта:

Я информирован(а) и понимаю, что профессиональная гигиена полости рта — это профилактическая процедура, направленная на поддержание благоприятной ситуации в полости рта. Я понимаю, что необходимо соблюдать график проведения профессиональной гигиены полости рта, назначенный врачом-стоматологом, но не реже, чем 1 раз в 6 месяцев, потому что соблюдение режима профилактики удлиняет сроки службы любых реставраций и предотвращает появление нового кариеса. Кроме того, я информирован(а) и понимаю, что стоматолог-терапевт может направить меня на лечение к врачу-пародонтологу, если у меня имеется пародонтит средней или тяжелой степени, а также другие заболевания десен. При наличии этих заболеваний любая реставрация может быть сделана только после предварительного пародонтологического лечения, в противном случае – нет гарантии эстетики и долговечности конструкций. Воспаление десны может проявляться как "наплывание" отежных и красных десневых краев на реставрации, или приводит к убыли десны и оголению шеек зубов, обнажению границы перехода реставрации в дентин корня, сопровождающееся чувствительностью зубов к холодному и горячему, а в тяжелых случаях - к расшатыванию и утрате зубов, а также к деформации зубных рядов. Я информирован(а), что профессиональная гигиена полости рта состоит из нескольких **этапов**, которые врач-стоматолог индивидуально подберет для моего случая: снятие зубного камня ультразвуком, снятие зубного налета специальными пастами и порошкоструйными аппаратами, полирование зубов, медикаментозная обработка десен, аппликации минерализирующих средств. Альтернативным методом лечения является отсутствие лечения как такового. Я понимаю, что, если не проводить профессиональную гигиену полости рта, могут возникнуть осложнения, связанные с появлением или прогрессированием заболеваний пародонта, нарастанием боли, развитием осложнений, конечной стадией которых может быть полная потеря зубов. Я информирован(а) о том, что в результате очистки зубов от камня могут проявиться скрытые ранее под ним дефекты

эмали – пористость, шероховатость, пятна, кариес, что станут более видимыми, ранее скрытые камнем, промежутки между зубами, особенно в пришеечной области вследствие нормальной трапециевидной формы зубов. Я информирован(а) о невозможности причинения вреда эмали зубов (возникновении кариеса и дефектов эмали) при проведении профессиональной гигиены полости рта.

Если я хочу сделать отбеливание зубов:

Я информирован(а) врачом о том, что отбеливание – это косметическая, а не лечебная процедура, позволяющая осветлить, но не сделать абсолютно белым цвет зубов. Для получения выраженного эффекта изменения цвета зубов рекомендуется применение дополнительных домашних методов отбеливания помимо клинического. **Альтернативным** методом является установка люминиров и виниров. Процедура проводится по достижении 18 лет, хорошей гигиене полости рта и при удовлетворительном состоянии десен. В противном случае сначала проводится снятие зубных отложений и лечение воспаления десны. Как правило, сохраняются пятна на поверхности зуба, имеющие до отбеливания ярко белый цвет. Область шейки зуба сохранит свой более темный оттенок, по сравнению с зоной экватора коронковой части зуба и ее режущим краем. Иногда требуется замена ранее сделанных пломб, переставших соответствовать по цвету отбеленным зубам. Коррекция реставраций производится не ранее, чем через 10-14 дней после отбеливания. В отдельных случаях возможно ощущение боли в области зубов во время проведения процедуры отбеливания зубов и/или в течение 24-48 часов по ее окончании. В данном случае рекомендуется прием болеутоляющих препаратов. Процессы, происходящие в зубе в процессе отбеливания, не влекут за собой каких-либо патологических изменений в структуре эмали, дентина и пульпы. В течение 24 часов после клинической процедуры отбеливания зубов категорически запрещается курить и употреблять продукты питания и напитки, содержащие естественные и искусственные красители. Сохранения результата отбеливания можно добиться хорошей гигиеной полости рта, ограничением красящих продуктов в рационе, прекращением курения и использованием периодически средств домашнего отбеливания.

Соблюдение рекомендаций врача

Я информирован(а) о том, что соблюдение рекомендаций врача, является условием гарантийных обязательств. Я обязуюсь выполнять все назначения врача в течение всего периода лечения.

Я информирован(а) и понимаю, что для сохранения эстетики и долгого срока службы моих реставраций **мне необходимо:**

- тщательно соблюдать индивидуальную гигиену полости рта, чистить зубы 2 раза в день после приема пищи (после завтрака и после ужина, после обеда возможно полоскание полости рта водой); пользоваться зубной щеткой, флосом и ирригатором. Нарушение мной правил индивидуальной гигиены полости рта может повлечь за собой возникновение вторичного кариеса под выполненными реставрациями, а также осложнения воспалительного характера – гингивит и пародонтит, которые, в свою очередь, могут привести к изменению внешнего вида и устойчивости выполненных реставраций;
- исключить из употребления в пищу особо твердые продукты, а также избавиться от некоторых вредных привычек, которые могут механически повредить реставрации зубов (например, не грызть семечки, орехи, кости, откусывать нитки и т.п.);
- в случае занятий активными видами спорта, а также при бруксизме (непроизвольном сжатии зубов), привычке сжимать зубы требуется изготовление специальной защитной каппы для ношения во время занятий спортом или ночью;
- регулярное проведение профессиональной гигиены полости рта в условиях стоматологической клиники с частотой не реже 6 месяцев (частоту определяет врач в зависимости от индивидуальной клинической картины состояния полости рта). При несоблюдении мной графика профилактической гигиены гарантии на лечение аннулируются.

Я понимаю, что общие заболевания, а также использование медикаментов могут влиять на ход и результат лечения и обязуюсь сообщить о них лечащему врачу.

Я информирован(а) и понимаю, что в случае непредвиденного ухудшения состояния здоровья, связанного с общим заболеванием; при возникновении каких-либо осложнений, прямо или косвенно связанных с выполнением медицинских услуг, я должен(а) сразу предоставить об этом информацию в клинику.

Я понимаю и согласен(а) с тем, что в связи с индивидуальной анатомией и реакцией моего организма, возможно **расхождение с первоначально определенным планом лечения**, изменение видов манипуляций и, соответственно, изменение ранее оговоренной стоимости лечения как в большую, так и в меньшую сторону.

В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, я даю согласие на изменение характера лечения, проведение срочных диагностических, лечебных и организационных мероприятий, направленных на немедленное устранение всех болезненных состояний независимо от степени их тяжести в рамках общепринятой медицинской практики.

Я информирован(а) и согласен(а) со стоимостью предложенного мне лечения.

Я удостоверяю своей подписью, что действительно полностью и внимательно прочел(а) и понял(а) содержание этого документа и даю согласие на терапевтическое лечение с учетом вышеперечисленных обстоятельств.

{ТекущаяДатаПолная} _____ / _____
(ФИО пациента) (подпись)

Прочитано, понято и подписано Пациентом в моем присутствии. _____ / _____
(ФИО врача) (подпись)

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства. _____ / _____
(ФИО врача) (подпись)

Пациент отказался от проведения медицинского вмешательства. _____ / _____
(ФИО врача) (подпись)

{ТекущаяДатаПолная}