

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**  
**Лечение кариеса**

*Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем.*

*Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.*

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента)

находясь на лечении в **ООО «КЛИНИКА ОНА-ЭСТЕТИК»**, настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, проинформирован(а) моим лечащим врачом \_\_\_\_\_ о поставленном диагнозе и необходимости лечения зубов в соответствии с Предварительным планом лечения.

Я понимаю цель лечения и мне понятен **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, который заключается в оздоровлении полости рта, продлении срока службы зубов и заключается в удалении пораженных кариесом тканей зуба, обработке подготовленной полости медицинскими препаратами для снятия чувствительности и закрепления прилегания пломбировочного материала, внесении пломбировочного материала, шлифовке и полировке пломбы по прикусу. **Мне названы и со мной согласованы** технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Я понимаю, что кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а, следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятия пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования) и потребуются реставрация (восстановление) значительной части зуба или установка коронки или вкладки (при необходимости).

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, соответственно фактические результаты могут отличаться от предполагаемых результатов.

**Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения**, в том числе об удалении пораженного зуба, применение других пломбировочных материалов; наблюдение за пораженным зубом; Я осведомлен(а) о последствиях полного или частичного отказа от данного лечения, а именно прогрессирование кариеса, развитие его осложнений, в том числе воспаление пульпы, периодонтит, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов); нарушение общего состояния зубов.

Я осведомлен, **что во время и после лечения**, может возникнуть: воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий, если слой дентина тонкий или повреждается в процессе обработки зуба; возобновление кариозного процесса по прошествии какого-то времени, что может потребовать лечение корневых каналов лечения, которое будет осуществляться за отдельную плату и увеличит сроки лечения.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что в некоторых клинических ситуациях очень сложно поставить точный диагноз (глубокий кариес или пульпит?) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству. Окончательное решение лечения врач может принять только после того, как проведет препарирование и удалит весь размягченный дентин из полости зуба. **При этом возможны два варианта лечения:**

- 1) Наложение лечебной прокладки с последующим пломбированием зуба (1-2 посещения).
- 2) Эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба) с последующим пломбированием (2 - 4 посещения).

Я осведомлен(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и соглашаюсь с тем, что во время, и после лечения могут возникнуть признаки пульпита:

- после лечения с наложением лечебной прокладки возможно появление болевых ощущений, при нарастании которых врач вынужден будет провести эндодонтическое лечение;
- обострение заболевания может возникнуть и в более отдаленные сроки, и это тоже приведет к эндодонтическому лечению;
- при эндодонтическом лечении возможно появление болевых ощущений в зубе при надкусывании и жевании;

**Мне разъяснена необходимость применения обезболивания** (местной инъекционной анестезии) с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и

временном ощущении припухлости. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести в редких случаях к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше. Возможны осложнения **под влиянием анестезии**, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, поломка иглы, гематома, снижение внимания, аллергические реакции, невралгия, онемение (возможно не проходящее), потеря чувствительности в области языка, губ, глаза и других мягких тканей лица), тризм (ограниченное открывание рта), обморок, повышение артериального давления, коллапс, осложнения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы, вплоть до смертельного исхода. **Мне разъяснено**, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

**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. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, и исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я проинформирован о возможных **осложнениях (рисках) после постановки пломбы**, а именно:

Врач объяснил мне, что могут быть осложнения местного характера: боль, неприятные ощущения в зубах во время и после постановки пломбы, чувство жжения в полости рта, появление чувствительности зубов после лечения, временное ощущение отсутствия смыкания зубов, перелом стенки зуба при его обширном разрушении коронки; перелом зуба с возможным последующим его удалением в случае, если зуб не подлежит восстановлению; воспаление сосудисто-нервного пучка зуба, как осложнение кариозного процесса, с последующим лечением корневых каналов.

Могут наблюдаться сколы, переломы пломб, зубов; развитие вторичного кариеса. Для устранения этих повреждений может понадобиться коррекция или постановка новой пломбы, ортопедическое лечение, удаление зуба.

Я предупрежден, что после прекращения действия анестезии и окончательного восстановления чувствительности возможно возникновение ощущения, что установленная пломба мешает, в этом случае пациент обязан явиться на прием для окончательной полировки пломбы. Я предупрежден, что в случае временного ощущения отсутствия смыкания зубов необходимо явиться на прием для окончательной полировки пломбы.

Я получил (а) полную информацию о гарантийном сроке на пломбирование и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию. Мне ясно, что гарантия распространяется только на нахождение пломбы в зубе, но не распространяется на остальные ткани зуба, иные и вновь возникающие заболевания зуба.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

**Я разрешаю использовать информацию** о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

**Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента и договора на оказание платных стоматологических услуг, и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия. Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения кариеса на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.**

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись врача) (расшифровка подписи)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г