

Информированное добровольное согласие на медицинское (-ие) вмешательство (-а) - терапевтическое лечение кариеса и не кариозных заболеваний (поражений) твёрдых тканей зуба (-ов) (основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)

Я, _____

(« ____ » _____ г. р., проживающий (-щая) по адресу: _____),

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

паспорт: _____, выдан: _____
(номер, серия) (орган, выдавший паспорт, и дата выдачи)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское (-ие) вмешательство (-а): терапевтическое лечение кариеса и некариозных заболеваний (поражений) твёрдых тканей зуба (-ов).

Медицинский работник _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

после проведенной диагностики обосновал необходимость проведения терапевтического лечения кариеса и некариозных заболеваний _____ (поражений) _____ твёрдых _____ тканей _____ зуба _____ (-ов) _____ по _____ диагнозу _____ и последствия отказа от лечения и рекомендованного метода восстановления зуба.

Последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирующее кариозное поражение пульпы и периодонта зуба, образование кисты, появление либо нарастание болевых ощущений, ухудшение эстетики, перелом коронки зуба при отказе от рекомендованного метода его восстановления, потеря зуба, прогрессирующее зубоальвеолярных деформаций, нарушение функции речи, жевания, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава.

Альтернативными методами лечения (возможными вариантами медицинского вмешательства) являются: удаление пораженного зуба (-ов), отсутствие лечения как такового.

В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия (анестетика) я доверяю медицинскому работнику, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые лекарственные препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии.

Я информирован(-а) о принципах, целях и методах терапевтического лечения (оказания медицинской помощи) кариеса и некариозных заболеваний (поражений) твёрдых тканей зуба (-ов), которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: устранение факторов, обуславливающих процесс разрушения тканей зуба; предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса; сохранение и восстановление анатомической формы и функции зуба; предупреждение развития патологических процессов и осложнений. Высокий процент успешности проведения терапевтического лечения кариеса и некариозных заболеваний (поражений) твёрдых тканей зуба (-ов) (более 80%) не исключает определенный процент (5-20%) неудач, что может потребовать: повторной установки пломбы, эндодонтического лечения зуба (-ов) (лечения корневых каналов) в будущем.

Я информирован(-а), что выбор метода восстановления зуба зависит от ряда факторов, в том числе от индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ), который определяется после препарирования кариозной полости зуба. При показателях ИРОПЗ - 0,2-0,4 применяется метод пломбирования. Для группы жевательных зубов при ИРОПЗ > 0,4 показано изготовление вкладок из металлов, из керамики или из композитных материалов. При ИРОПЗ > 0,6 показано

изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ>0,8 показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок.

Я информирован(-а), что в случае разрушения более 50% твердых тканей зуба, композитная реставрация при световом отверждении дает усадку слишком большой силы, что может привести к отлому оставшихся тонких стенок зуба или к отрыву реставрации от стенок зуба (микротрещины), которая впоследствии приводит к нарушению герметизации пломбы и рецидиву кариеса в недалеком будущем.

Композитная реставрация также неэффективна в случае разрушения зуба на уровне под десной в связи с постоянным подтеканием десневой жидкости, нарушающей технологию постановки пломбы. В этих случаях методом выбора является изготовление не прямой реставрации из композита или керамики в лаборатории, которая затвердевает в идеальных условиях с соблюдением технологии и дает усадку до постановки в полость рта, а не во рту пациента, и, следовательно, не давит на стенки оставшегося зуба, сберегая их, и идеально прилегает к зубу, в том числе в поддесневой области.

Я информирован(-а), что для терапевтического лечения кариеса и некариозных заболеваний (поражений) зуба (-ов) проводится процедура шлифования слоя твердых тканей зуба, которая является необратимой. Я информирован(-а), что истинный размер кариозной полости определяется разрушением дентина и всегда превышает видимый глазом размер кариозной полости в области эмали, вследствие различной твердости тканей зуба. Я получил(-а) подробные объяснения по поводу заболевания и понимаю, что в процессе препарирования зуба (удаления пораженных тканей с помощью бора), может измениться диагноз и тактика лечения, может потребоваться эндодонтическое лечение каналов зуба.

Я информирован(-а), что для лечения зубов с глубокими и обширными полостями даже после постановки постоянной пломбы может потребоваться эндодонтическое лечение зуба и перелечивание ранее пломбированных корневых каналов в нем, и что присутствие такой рекомендации врача в предварительном плане лечения нужно для получения наилучшего результата лечения. Также я информирован(-а), что наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза является сохранение жизнеспособности пульпы. В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба с ранее имевшейся в нем кариозной полостью или глубоким клиновидным дефекте, стираемости, существует риск воспаления пульпы зуба и (или) развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня зуба как в процессе, так и после постановки постоянной пломбы.

Я информирован(-а) о необходимости строго следовать этапам лечения, важности соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также о необходимости полного восстановления целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я согласен(-на) с тем, что итоговый результат лечения может отличаться от ожидаемого мною и, что искусственные пломбы эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций. Я осознаю риск, связанный с применением анестезии, прочих лекарственных препаратов, а также медицинских изделий. Я понимаю, что в моих интересах начать предложенное мне лечение.

Со своей стороны, я высказал(-а) все жалобы, проинформировал(-а) медицинского работника обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(-а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(-а) медицинскому работнику точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь.

Я информирован (-а) о предполагаемых результатах терапевтического лечения (оказания медицинской помощи) кариеса и некариозных заболеваний (поражений) твёрдых тканей зуба (-ов), а именно стабилизация патологического процесса (отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики).

Я имел(-а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(-а) ответы. Я получил(-а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(-а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Настоящий документ составлен на 2-х страницах и хранится в моей медицинской документации.

Дата оформления информированного добровольного согласия: « _____ » _____ 20__ г.

Пациент (законный представитель): _____ / _____ /
(подпись)(расшифровка)

Медицинский работник: _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка)