

**Информированное добровольное согласие
на проведение терапевтического лечения (лечения кариеса)**

город Москва

«_____» _____ 20__ г.

Я, _____,
(ФИО лица, которое подписывает согласие)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим подтверждаю свое согласие на проведение

(ФИО пациента – указывается в случае, если согласие подписывается законным представителем пациента)

терапевтического лечения (лечения кариеса) в ООО «АДЕНТЕ» (ОГРН 1217700162118).

1. Целью проведения медицинского вмешательства является:

- устранение основных факторов кариесогенного риска;
- предупреждение дальнейшего развития / прогрессирования патологического кариозного процесса;
- профилактика осложнений;
- сохранение / восстановление анатомической формы зуба, пораженного кариесом;
- сохранение эстетических параметров зуба / достижение эстетического эффекта лечения;
- повышение качества жизни стоматологического пациента;

2. Характер, способ и этапы проведения медицинского вмешательства

Врачом мне было разъяснено, что медицинское вмешательство включает в себя следующие этапы:

- обучение пациента гигиене полости рта,
- контролируемая чистка зубов,
- профессиональная гигиена полости рта и зубов,
- обезболивание (по показаниям),
- изоляция рабочего поля,
- препарирование кариозной полости,
- медикаментозная обработка кариозной полости,
- наложение лечебной прокладки (при глубоком кариесе или вскрытии пульпы),
- пломбирование, полирование, шлифование пломбы,
- фторирование зуба,
- назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов.

Указанные выше стадии могут присутствовать или отсутствовать в процессе лечения в зависимости от тяжести заболевания.

3. Наличие и виды альтернативного медицинского вмешательства

Я информирован(а), что альтернативными видами лечения являются: реминерализующая терапия (насыщении ослабленной эмали ионами кальция, фосфора и фтора), инфильтрационное лечение (пористая структура эмали заполняется специальным полимерным материалом — инфильтрантом), глубокое фторирование, микроабразия (контролируемое удаление тонкого поверхностного слоя эмали с помощью сочетания механического и химического воздействия) (показано пациентам с кариесом эмали, приостановившимся кариесом зубов в форме пятна).

Выбор метода лечения определяется стадией заболевания, интенсивностью кариозного поражения, его локализацией и активностью течения.

Также мне известно о возможности моего отказа от проведения лечения. При этом, обдумав альтернативные виды лечения и возможность отказа от медицинского вмешательства, я даю согласие на проведение терапевтического лечения (лечения кариеса).

4. Противопоказания

Я информирован о наличии следующих противопоказаний к медицинскому вмешательству.

Абсолютные противопоказания: индивидуальная непереносимость материалов, необходимых для лечения.

Относительные противопоказания: обострение заболеваний сердечно-сосудистой системы; обострение заболеваний нервной системы; болезни дыхательных путей (в том числе при ОРЗ); заболевания слизистых оболочек полости рта в стадии обострения; беременность (кроме состояний, угрожающих жизни пациенту).

5. Возможные осложнения и риски медицинского вмешательства

После лечения глубокой кариозной полости возможно проявление болевых ощущений, при нарастании которых врач может быть вынужден произвести эндодонтическое лечение.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях лечения: рецидивирующий или вторичный кариес (формирование кариозной полости рядом с пломбой), воспаление пульпы, выпадение пломбы, несоответствие пломбы цвету эмали, аллергические реакции организма.

Я информирован(а) и понимаю, что в случае возникновения осложнений мне необходимо обратиться к лечащему врачу для осмотра.

6. Результаты медицинского вмешательства

Ожидаемыми результатами для здоровья пациента являются: восстановление функции и морфологии зуба.

Врачом мне также было разъяснено:

- о нормальной реакции организма: наличие болевых ощущений и кровоточивость при чистке зубов (до 3-4 дней).

- об особенностях ухода после медицинского вмешательства: после проведенного лечения запломбированные зубы необходимо чистить также, как и естественные зубы – два раза в день, после еды следует полоскать рот для удаления остатков пищи, для чистки межзубных промежутков использовать зубные нити (флоссы), проходить профилактические осмотры и профессиональную гигиену полости рта 1 раз в 6 месяцев.

- о запретах и ограничениях после медицинского вмешательства: не рекомендуется принимать пищу после проведенного лечения в течение 2 часов; в первые двое суток исключить употребление красящих продуктов; во избежание сколов пломбы и прилегающих к пломбе твердых тканей зуба не рекомендуется принимать и пережевывать очень жесткую пищу (например, орехи, сухари и т.д.), откусывать от больших кусков (например, от цельного яблока).

- о возможных реакциях организма в случае невыполнения рекомендаций: увеличение болевых ощущений, появление отека в области пролеченного зуба, окрашивание реставраций, необходимость повторного медицинского вмешательства.

Я предупрежден(а) о необходимости полного и точного и выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Я информирован(а), что медицинское вмешательство не может гарантировать 100% достижения результата, в том числе из-за:

- индивидуальных особенностей организма,
- в случае неинформирования врача о наличии указанных в разделе 4 противопоказаний,
- невыполнения мной рекомендаций врача и не следования плану лечения.

Я ознакомлен(а) с настоящим информированным добровольным согласием, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, в полном объеме. Я подтверждаю, что располагал(а) достаточным временем, чтобы задать все интересующие меня вопросы, а также для того, чтобы принять решение о согласии на медицинское вмешательство.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, которому доверяю информацию, контактный телефон)

Подпись Пациента _____ (« _____ 202__ г.

В случае недостижения на момент подписания настоящего согласия пациентом 15-летнего возраста или в отношении пациента, признанного в установленном законом порядке недееспособным, оно подписывается его законным представителем:

Статус законного представителя (мать, отец, опекун, попечитель) _____

_____ (« _____ 202__ г.
(подпись) (ФИО)

Подпись Врача _____ (« _____ 202__ г.
(подпись) (должность и ФИО)