

Информированное добровольное согласие на проведение лечения кариеса

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20
Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я, _____,
проинформирован(а) врачом-стоматологом ООО «Томур» (URING REGENERATION CLINIC) _____ о состоянии моих зубов и полости рта и необходимости проведения мне лечения кариеса.

Мне разъяснено, что данный документ содержит для меня информацию о сути предстоящего медицинского вмешательства, его особенностях, возможных альтернативных вариантах, последствиях и рисках развития осложнений или неполучения полезного результата с целью предоставления возможности мне сделать свой информированный выбор.

Целью лечения кариеса является устранение его проявлений для предотвращения развития осложнений (пульпит, периодонтит). Кариес - это разрушение зуба, которое начинается с растворения минеральных веществ, входящих в состав зуба, с последующим разрушением твердых тканей зуба и образованием полости под действием бактерий. Факторам способствующими развитию кариеса является неудовлетворительная гигиена полости рта, недостаточное поступление и (или) усвоение минеральных веществ, наследственность и прочее. Кариес протекает в несколько этапов: пятно, поверхностный кариес, средний кариес, глубокий кариес.

Сущность медицинского вмешательства. Лечение кариеса заключается в удалении пораженных тканей зуба с использованием механической и хирургической обработки в пределах здоровых тканей зуба с последующим восстановлением формы зуба пломбировочным материалом.

Альтернативные методы лечения. Методов лечения кариеса без механической и медикаментозной обработки кариозной поверхности не существует.

Возможные осложнения и риски.

Кариозное поражение, которое может казаться небольшим на эмали, в действительности гораздо больше. Это связано с низкой прочностью под эмалью дентина. Дентин способен пропускать часть бактерий через свою толщу в пульпу зуба, поэтому при повреждении в пульпе формируется очаг постоянного (хронического) воспаления, выраженность которого зависит от протяженности кариозного дефекта. Очаг воспаления сохраняется после удаления кариеса и пломбирования зуба, а его ликвидация зависит от состояния иммунной системы. По этой причине, спустя некоторое время после пломбирования зуба по поводу неосложненного кариеса, может потребоваться эндодонтическое вмешательство (лечение корневых каналов).

Даже при самых тщательных методах диагностики кариеса врач не всегда может обнаружить кариозные повреждения на ранних стадиях. Это касается невидимых глазу поверхностей, которыми зубы примыкают друг к другу. Скрытые в толще эмали, такие полости не видны и на рентгеновских снимках, поэтому контрольные осмотры, проводимые по предписаниям лечащего врача, позволяют обнаруживать и устранять такие дефекты.

Мне объяснено, что необходимо заменять реставрации (пломбы), имеющие вторичный кариес или краевые щели, так как развитие кариозного поражения под такой реставрацией приведет к поражению пульпы и потребует лечения корневых каналов. Если зуб с такими реставрациями ранее уже подвергался лечению корневых каналов, то доступ бактерий к корневым каналам приведет к их инфицированию.

Кроме того, даже при соблюдении наивысшей степени заботливости и осмотрительности, какая требуется по характеру выполняемой технологии от врача, возможны следующие риски:

- сохранение болезненности в области установленной пломбы до 6 месяцев;
- при механической обработке (препарировании) зуба может произойти вскрытие полости зуба вследствие анатомических особенностей строения зуба;
- возможно развитие медикаментозного пульпита (периодонтита) вследствие индивидуальной реакции на применяемые медикаменты;
- перелом зуба;
- увеличение количества зубного налета в области границы ткани зуба и пломбы вследствие невозможности достижения идеального перехода;

Любые осложнения могут привести к удалению зуба, возникновению очага инфекции в челюстно-лицевой области, длительному болевому синдрому.

Мне разъяснено, что при проведении процедуры может применяться местная анестезия. Я проинформирован(а) о преимуществах и осложнениях местной анестезии. Я понимаю, что при проведении анестезии (за счет нанесения геля, спрея на слизистую оболочку полости рта или инъекций анестетика) возможно развитие аллергических реакций (анафилактический шок, отек Квинке, обморок, коллапс).

Я информирую врача обо всех случаях аллергии к лекарственным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я осознаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения.

Мне разъяснено, что в ходе выполнения данного медицинского вмешательства, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий. Я доверяю медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с проведением данного вмешательства и последующего периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Мое решение является свободным и добровольным.

Я ознакомлен(а) Правилами оказания медицинских услуг и **обязуюсь** соблюдать их.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

**Содержание настоящего документа мною прочитано, мне разъяснено и полностью понятно.
Дополнительных разъяснений не требуется, что удостоверяю своей подписью.**

