ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЛЕЧЕНИЕ
ОСЛОЖНЕННОГО КАРИЕСА ЗУБОВ ВРЕМЕННОГО ПРИКУСА

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, (ФИО)_____, являясь законным представителем несовершеннолетнего _____ года рождения, проинформирован(а) врачом-стоматологом _____ **ООО «Томур» (URING REGENERATION CLINIC) о состоянии зубов и полости рта моего ребенка и необходимости проведения ему терапевтического лечения корневых каналов (эндодонтическое лечение).**

1. **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.

2. **Цель эндодонтического лечения зубов временного прикуса.** Лечение системы корневых каналов проводится с целью устранения в них воспалительного процесса (острого или хронического) с созданием условий для ремиссии хронического воспаления (осложненного кариеса).

3. **Сущность медицинского вмешательства.** Лечение осложненного кариеса в зубах временного прикуса – это лечение, направленное на эвакуацию доступных инфицированных тканей из системы корневых каналов с последующей герметизацией данной системы, восстановлением анатомической формы пораженного зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы пломбировочным материалом или коронкой (стальной или композитной).

Устранение инфекции проводят одним из следующих способов:

- **ампутационный метод** - удаление инфицированной пульпы из коронковой части полости зуба с последующим получением спонтанного гемостаза, наложением противовоспалительного и/или биоиндуктивного препарата на устья корневой пульпы.

- **экстирпационный метод** - удаление всей инфицированной пульпы (коронковой и корневой) путем физической (механическая, ультразвуковая, лазерная, и др.) и медикаментозной обработкой системы каналов, после чего проводят обтурацию (пломбирование) каналов специальными растворимыми пастами.

- **прямое покрытие пульпы** – медикаментозная обработка точки сообщения с полостью зуба растворами антисептиков с последующим наложение биондуктивного препарата.

Выбор метода лечения определяется доктором и напрямую зависит от степени вовлеченности пульпы временного зуба в воспалительный процесс – частичная или полная (диффузная), а также степенью сформированности корня временного зуба.

4**. Альтернативные методы лечения**. Альтернативой эндодонтического лечения осложнённого кариеса зубов временного прикуса является хирургическое лечение –удаление зуба. Данный метод является методом выбор при физиологическом или патологическом рассасывании корней временного зуба более, чем на 1/3 от длины.

5. **Возможные осложнения и риски.**

Терапия осложненного кариеса зубов временного прикуса имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Анатомия временного зуба и его системы корневых каналов (широкие дентинные канальцы, возрастная перестройка тканей пульпы в связи с резорбцией корней молочных зубов) делает невозможным извлечение всех инфицированных тканей, находящихся в этой системе. Поэтому, все лечебные мероприятия направлены на создание условий для длительной ремиссии заболевания. Обратному переходу заболевания из стадии ремиссии в стадию обострения (возобновление выраженного воспаления) способствует: чрезмерная нагрузка на зуб (когда нарушена целостность зубного ряда), наличие или возникновение острых и хронических общесоматических заболеваний, неудовлетворительная гигиена полости рта, повторное поражение зуба кариозным процессом, наличие или возникновение нарушения целостности зубодесневого прикрепления, травма зуба. В этом случае возможно потребуется повторное терапевтическое лечение системы корневых каналов и(или) применение хирургических методов лечения.

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

- ощущение дискомфорта вовремя и после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты, если сочтет это нужным;

- развитие воспаления в корневой пульпе при применении ампутационного метода лечения;

- при неудовлетворительном комплаэнсе, обусловленном возрастными особенностями ребенка, существует вероятность невозможности полноценной физической и медикаментозной обработки системы корневых каналов, что также может привести к потере зуба;

- во время лечения корневых каналов, возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, перфорация стенки корня. Такие редкие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба или вызвать необходимость применения других манипуляций;

-при промывании корневых каналов антисептическими растворами возможно выведение их за верхушку корня с сильной болевой реакцией;

- существует вероятность индивидуальной непереносимости и(или) реакции организма на медикаментозные препараты и материалы, применяемые при лечении системы корневых каналов, что в свою очередь приведет к неудаче эндодонтического лечения и последующему возможному удалению зуба.

6. Дополнительные особенности процедуры:

- лечение может занять несколько посещений; сильное разрушение тканей зуба требует восстановление коронкой;

- при лечении осложненного кариеса временного зуба, имеющего большой объем кариозных тканей возникает необходимость препарирования всей коронковой части зуба, в том числе и поддесневых тканей. Тотальное поражение зуба

кариесом приведет к невозможности его терапевтического или ортопедического восстановления и потребует удаления зуба. Оценить степень разрушения зуба можно только после его препарирования.

- даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому, а также обострению хронического процесса в будущем.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического исследования на этапах эндодонтического лечении, а также рентгенологический контроль в будущем. Мне понятно, что после эндодонтического лечения необходима явка на контрольные осмотры.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я информирую врача обо всех случаях аллергии к лекарственным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время

До меня доведена информация о возможном появление незначительных болезненных ощущений (зуд, ссаднение) в области зуба в первые сутки после лечения. В случае возникновения нарастающей боли, усиливающейся при надкусывании, а также при повышении температуры тела выше 38°С, появлении выраженного отека, проявлении аллергических реакций, необходимо незамедлительно известить лечащего врача через администратора Клиники для записи на текущее время. В случае если данные симптомы проявились в нерабочее время Клиники, необходимо вызвать скорую медицинскую помощь.

Дополнительная информация:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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.

Я даю согласие на осуществление данного вида медицинского вмешательства моему ребенку.

Дополнительных разъяснений не требуется, что удостоверяю своей подписью.

Дата	Диагноз	Ф.И.О. и подпись врача	Подпись пациента (законного представителя)