



**Информированное добровольное согласие
на проведение терапевтического лечения поверхностного 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, (ФИО) _____, являясь законным представителем несовершеннолетнего _____ года рождения, добровольно даю согласие на проведение _____ ООО «Томур» (URING REGENERATION CLINIC) терапевтического лечения поверхностного кариеса моему ребенку.

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 медицинского вмешательства.** Целью выбранных врачом методов лечения поверхностного кариеса является совершение попытки приостановления его развития (в пределах эмали, стадии «пятна»), методами восполнение минеральных элементов, утерянных эмалью в период предшествующей частичной кариозной деминерализации, и получения защитного барьера от проникновения в ткани зуба инфекции (дезинфекция пораженного участка) без использования механического воздействия на ткани зуба.

3. **Сущность медицинского вмешательства.**

Кариес в стадии пятна характеризуется возникшими вследствие деминерализации изменениями цвета (матовая поверхность), а затем и текстуры (шероховатость) эмали при отсутствии кариозной полости, не распространившимися за пределы эмалево-дентинной границы. Поэтому применяемые методы направлены на ликвидацию данного патологического процесса без механического удаления пораженных тканей (препарирования):

- Метод реминерализующей терапии (методы глубокого фторирования, кальцинирования зубов и пр.): заключается в проведении аппликаций, содержащих активные химические элементы (фтор, кальций – являющиеся основой тканей зуба). Данный метод проводится курсом и состоит из 10-15 аппликаций.

- Метод серебрения - предусматривает использование препаратов на основе нитрата серебра, обладающих хорошим бактерицидным, противовирусным, противогрибковым и антисептическим действием и служит высокоэффективным обеззараживающим средством в отношении патогенных микроорганизмов.

- Метод озонирования – проведение глубокого дезинфицирования тканей зуба при помощи трехатомного кислорода (озона).

Выбор конкретного метода лечения осуществляется врачом после предоставления исчерпывающей информации.

4. **Альтернативные методы лечения** - проведение препарирования пораженных тканей зуба с последующим пломбированием (восстановлением) полости, условной альтернативой является использование иных антисептических и реминерализующих средств при домашней гигиенической чистке зубов.

5. **Возможные осложнения и риски.**

Терапевтическое лечение зубов указанными методами является вмешательством и поэтому даже при соблюдении всех мер заботливости и осмотрительности возможны следующие осложнения (реализация рисков):

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

- развитие кровоточивости, воспаления в области десны;

- существует вероятность индивидуальной непереносимости и(или) аллергической реакции организма на медикаментозные препараты и материалы;

- при применении метода серебрения нарушается эстетика, так как при окислении нитрат серебра восстанавливается в серебро, окрашивая кариозные поражения в черный цвет.

6. **Дополнительные особенности процедуры:**

Лечение, как правило, занимает одно или несколько посещений. После проведения процедуры больному рекомендуют не принимать пищу в течение 2-3 ч.

Даже при успешном завершении всех вмешательств нельзя дать гарантии, что зубы не подвергнутся дальнейшему кариозному разрушению, поскольку данные методы лишь замедляют патологический процесс, позволяя дождаться подходящего момента для полноценного лечения зубов и закрытия дефекта пломбой или до смены временных зубов на постоянные. Длительность полезного эффекта является индивидуальной и зависит от состояния зубочелюстной системы ребенка, уровня гигиены полости рта, особенностей питания и других факторов.

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 вышесказанное, 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. Моё 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.

