

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на профессиональную гигиену полости рта, терапевтическое лечение зубов**

Я, _____ ,
(ФИО пациента, число, месяц, год рождения либо законного представителя)

зарегистрированного, проживающего по адресу:

(адрес регистрации, проживания гражданина или законного представителя)

даю информированное добровольное согласие, о том, что мое лечение проведет врач-стоматолог

(Ф.И.О. врача)

Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о предстоящем лечении. Профессиональная гигиена полости рта - это комплекс профилактических мероприятий, направленных на оздоровление органов и тканей полости рта и профилактику возникновения и развития стоматологических заболеваний. Профессиональная гигиена полости рта заключается в снятии мягкого и пигментированного налета, удаления наддесневых и/или поддесневых зубных отложений (зубного камня) и нехирургическом лечении десен, а также включает в себя глубокое фторирование и применение герметиков при повышенной чувствительности зубов.

Лечение кариеса и некариозных поражений твердых тканей зуба заключается в иссечении твердых тканей зуба, пораженных кариесом и замещении их пломбировочным материалом с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма.

Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корней зубов, их механическую и медикаментозную обработку для дезинфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата. Положительный результат эндодонтического лечения в виде исчезновения воспаления в области верхушки корня проявляется в период от 3-х до 12-ти месяцев.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях и методах профессиональной гигиены, лечения кариеса и некариозных поражений твердых тканей зуба, эндодонтического лечения, разъяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

В частности: - кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (реставрации); кариозное поражение, которое кажется небольшим, при обработке может зуба оказаться значительной полостью, и потребуются реставрация значительной части зуба или постановка коронки; при обширном кариозном поражении возможно возникновение необходимости лечения корневых каналов.

Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: инфекционные осложнения, появление и нарастание болевых ощущений, развитие местных осложнений, разрушение и потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского при профессиональной гигиене полости рта, терапевтическом лечении и после него:

- мне объяснили, что после процедуры гигиены полости рта может повыситься чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям, аллергические реакции на некоторые стоматологические материалы, кровоточивость и воспаление десен в первые 2-5 дней. У некоторых пациентов (индивидуальная особенность, особенность питания, наличие вредных привычек) после проведения профессиональной гигиены полости рта при недостаточной гигиене ротовой полости возможно образование зубного налета и зубного камня в более короткие (по сравнению со среднестатистическими) сроки;
- под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции;
- возможность изменения цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свёкла, вишня и т.д.);
- развитие осложненных форм кариеса (пульпит, периодонтит) после лечения глубокого кариеса;
- постпломбировочные боли при надкусывании при эндодонтическом лечении зуба;
- появление отёка мягких тканей или увеличение имевшегося отёка после терапевтического вмешательства;
- необходимость удаления зуба в случае неэффективности терапевтических методов;
- возникновение периодонтальных явлений, и изменение рентгенологической картины после пломбировки каналов с плохой проходимостью, или при наличии коллатеральных каналов, что приведет к перелечиванию корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаление зуба;
- возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани, полости и каналы при эндодонтическом лечении зубов;
- отлом коронковой части зуба при циркулярном кариесе;
- возможность отлома эндодонтических инструментов в труднопроходимых каналах, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба;
- если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции может произойти повреждение ортопедической конструкции (например, перелом коронки), либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение).

Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению;

- перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения;
- даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

другие виды осложнений:

- прогрессирование зубоальвеолярных деформаций,
- дальнейшее снижение эффективности жевания,
- ухудшение эстетики, нарушение функции речи,
- прогрессирование заболеваний пародонта,
- быстрая утрата зубов остаточного прикуса,
- заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава,
- общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, неврологическая патология.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении. Выбор метода и препаратов предоставляю врачу-стоматологу. Возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, последующее затруднённое открывание рта, аллергические реакции.

При интенсивных болевых реакциях или воспалительных процессах на корнях зубов или в дёснах возможно назначение анальгетиков и/или антибиотиков. Возможные последствия приема анальгетиков и/или антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я соглашаюсь на проведение рентгенологических исследований в процессе лечения и после него и предоставляю лечащему врачу выбор метода, количество и временные сроки для исследований.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:

- ортопантограмма, прицельный пленочный снимок, компьютерная томограмма;
- консультация стоматолога(ов) и/или специалистов иного профиля:

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я понимаю, что гарантийные обязательства на все виды стоматологических услуг сохраняются только в случае соблюдения рекомендаций по проведению профессиональной гигиены полости рта по стандартам Исполнителя. В случае невыполнения этих рекомендаций гарантия не сохраняется.

Дополнительно

Необходимые условия для достижения положительного результата лечения:

- точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача,
- последовательное выполнение пациентом всех рекомендаций, а также этапов и сроков стоматологического лечения, рекомендованных врачом.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют.

Настоящим я даю согласие на проведение медицинской фото- и/или видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти

фотографии или видеозапись останутся собственностью Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства.

Я разрешаю врачу опубликовать информацию о лечении меня в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю добровольное согласие на терапевтическое лечение.

Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций.

Подпись пациента или законного представителя

Подпись _____ / _____
Ф.И.О. (полностью)

Дата «__» _____ 202__ г

Вышеуказанный Пациент ознакомился и дал своё информированное добровольное согласие на указанное в нём медицинское вмешательство, а также расписался в настоящем документе в моём присутствии:

Подпись врача
_____ / _____
Ф.И.О. (полностью)

Дата «__» _____ 202__ г