

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО (лечение кариеса, глубокого кариеса)

Я, _____ (фамилия, имя, отчество законного представителя - полностью)

настоящим подтверждаю, что мной добровольно принято решение о прохождении обследования и последующего лечения моего несовершеннолетнего (недееспособного) ребенка _____ представителем которого я являюсь в Обществе с ограниченной ответственностью Стоматология «Магия Улыбки», зарегистрировано «16» декабря 2011 года Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №14 по Тюменской области (ОГРН 1117232060010, ИНН/КПП 7204176397/720301001), юр. адрес: 625051 Тюменская область г. Тюмень, ул. Василия Гольцова, д.28/4), для оказания медико-санитарной помощи и платных медицинских услуг любыми лицами, состоящими с данной медицинской организацией в трудовых отношениях (или на иных законных основаниях) и профессионально занимающимися медицинской деятельностью. Я понимаю, что моему ребенку поставлен диагноз: _____

Мне разъяснено, что:

а) **Кариес** - заболевание твердых тканей зуба, вызванное действием микроорганизмов. Кариес приводит к анатомическим, функциональным и эстетическим дефектам зуба.

б) **Начальный кариес:** изменение цвета эмали зуба от светлого или пигментированного цвета до серого или коричневого) Лечение: медикаментозное лечение, не требующее механических воздействий, нарушающих целостность эмали, а если пятно на центральных зубах пациент расценивает как эстетический дефект, то возможно пломбирование.

в) **Поверхностный кариес:** зуб разрушен в пределах эмали или выпала небольшая пломба, или в зубе есть маленькая «дырочка». Лечение зуба (механическое воздействие) в пределах дефекта эмали с восстановлением анатомической формы, цвета и жевательной функции зуба.

г) **Средний кариес:** зуб разрушен в пределах 1/2 глубины его твердых тканей (эмали и дентина). Это может быть обнаружено при выпадении пломбы или в процессе обработки зуба врачом, когда за маленькой «дырочкой» оказывается кариозная область средней глубины. Лечение зуба (механическое воздействие) в пределах дефекта эмали и дентина, постановка пломбы, т.е. восстановление анатомической формы и жевательной функции зуба.

д) **Глубокий кариес:** зуб разрушен на глубину более 1/4 его твердых тканей (эмали и дентина), но без поражения «нерва». Лечение зуба в пределах эмали и дентина (механическое воздействие, чаще всего использование медикаментозных средств, способствующих образованию дентина), постановка пломбы, т.е. восстановление формы, цвета и жевательной функции зуба.

е) **Системное поражение зубов кариесом:** в той или иной степени поражено кариесом более 4 зубов одновременно. Потребуется лечение тех или иных форм кариеса - поверхностного, среднего, глубокого или осложненного, восстановление анатомической формы и жевательной функции зубов, комплекс мероприятий, повышающих уровень устойчивости организма к кариесу.

ж) **Осложненный кариес:** зуб разрушен в пределах эмали и дентина с поражением «нерва» (пульпит) или тканей, окружающих корень зуба (периодонтит). Зуб когда-либо болел (ныл), был пролечен, болит после приема пищи или без видимых причин. Печение: курс медикаментозного лечения до 3-х сеансов и более, лечение и пломбировка корневых каналов (одного, двух, трех и более), восстановление анатомической формы и жевательной функции зуба.

Я проинформирован(-а), что при снятии старых пломб с зуба, возможно обнаружение разрушенных, некротизированных (гнилых) тканей зуба. Ликвидация этих тканей может привести к вскрытию полости зуба. В этом случае могут потребоваться дополнительные манипуляции, например - депульпирование зуба.

Я проинформирован(-а) о том, что окончательно определиться с методом реставрации зуба возможно, только после снятия всех старых реставрационных материалов с него и ликвидации с зуба всех разрушенных участков.

Мне разъяснено, что возможны два варианта лечения:

- 1) Наложение лечебной прокладки с последующим пломбированием зуба (1-2 посещения для лечения одного зуба);
- 2) Эндодонтическое лечение корневых каналов с последующим пломбированием (2-4 посещения для лечения одного зуба).

Альтернатива: альтернативными методом лечения является удаление пораженного зуба.

Я добровольно даю согласие на проведение следующих медицинских процедур, медицинских вмешательств и манипуляций (по результатам первичного приема и назначенного плана лечения в отношении меня могут быть осуществлены все или отдельные из нижеперечисленных вмешательств и манипуляций):

- **Препарирование** - хирургическое вмешательство на твердых тканях зуба, осуществляемое абразивными вращающимися инструментами. Сопровождается рефлекторным ответом ряда систем организма, т.е. изменением психоэмоционального статуса, возникновением чувства страха и, конечно же, болевой реакцией. При этом наблюдаются функциональные нарушения нейро-эндокринного аппарата, сердечно-сосудистой системы • значительно изменяется АД, повышается нагрузка на миокард и увеличивается его потребность в O₂, отмечаются определенные сдвиги на ЭКГ, ЭЭГ, пневмограмме. При препарировании зубов у пациентов с тяжелой формой сахарного диабета происходит обострение заболевания, повышается уровень сахара в крови, моче и эти явления держатся в течение 3-6 суток после препарирования. Одной из самых ярких ответных реакций на препарирование является боль. Ее интенсивность будет зависеть от комплекса различных факторов. В среднем боль возникает у 58 % пациентов при препарировании зубов. Больные с лабильной нервной системой, у которых имеются клиновидные дефекты, заболевания пародонта, патологическая стираемость, переносят боль наиболее сложно.

- **Наложение лечебной прокладки** - наложение лечебной прокладки на дно кариозной полости необходимо для того, чтобы предотвратить риск развития пульпита, т.к. при глубоком кариесе есть высокий риск проникновения микробов в пульпу зуба через тонкую прослойку здорового дентина. Такие лечебные прокладки делают на основе концентрированных препаратов кальция, которые имеют выраженное бактерицидное действие.

- **Наложение изолирующей прокладки:** такая прокладка необходима для надежного удержания лечебной прокладки на дне полости зуба, а во-вторых - она изолирует от нее свето-отверждаемого пломбировочного материала.

- **Нанесение пломбировочного материала (временной или постоянной пломбы).**

Я проинформирован(-а), что последствиями отказа от лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости; появление и нарастание болевых ощущений, развитие местных осложнений, требующих эндодонтического лечения; разрушение и потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

Я подтверждаю, что:

- Я ознакомлен(-а) с расписанием и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данной медицинской организации, и обязуюсь их соблюдать;
- Я информирован(-а) о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства и врач дал мне понятные, исчерпывающие ответы. Я информирован(-а) о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения. Я извещен(-а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;
- Я предупрежден(-а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- Я заявляю, что сообщил(-а) врачу обо всех проблемах связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я уведомлен (-а) о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я заявляю, что изложил(-а) врачу все известные мне данные о состоянии моего (представляемого) здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей семье.
- Я осознаю, что в процессе лечения могут быть выявлены неизвестные ранее факты, из-за которых возможно потребуется изменить план или способ лечения, с чем я согласен(-на).

«__» _____ 20__ года.

Подпись пациента (законного представителя) _____

аспирался в моем присутствии:

Врач (Ф.И.О.) _____

Подпись врача _____