

**Информированное добровольное согласие
на удаление зуба.**

Приложение к медицинской карте № _____ от _____ 20__ г.

г. Уфа

«___» _____ 20__ г.

Я, _____
(Ф.И.О. пациента)

Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель

Я, _____
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента _____
(Ф.И.О. пациента, дата рождения)

настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей в доступной для меня форме проинформирован(а) о характере, тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня (представляемого) заболевания _____

Лечащий врач после проведенной диагностики обосновал необходимость удаления следующих зубов: _____
(указать номера зубов).

В доступной для меня форме мне разъяснены:

1. **Понятие и цели удаления зубов.** Удаление зуба — хирургическая операция, целью которой является извлечение зубной единицы из лунки вместе с корнем при невозможности или нецелесообразности ее сохранения.

2. **Обоснование необходимости удаления:** анамнез больного, результаты общего осмотра полости рта, рентгенологические исследования.

3. Показания к удалению зубов:

Удаление зуба — это всегда крайняя мера, когда другие возможности уже исчерпаны. Такие ситуации возникают при: бесперспективном лечении запущенного кариеса, пульпитов, периодонтитов; воспалении тканей вокруг зуба, гнойных кистах; разрушении коронковой части зуба в поддесневой зоне; вертикальном и горизонтальном переломе корня; перфорации корня, выраженной подвижности при крайней степени пародонтита, которая не подлежит лечению; распространении инфекции от зуба на соседние органы (одонтогенный гайморит, остеомиелит челюсти, абсцесс щеки, тонзиллит).

Необходимость в операции появляется и в особых клинических ситуациях:

- При подготовке к ортодонтическому лечению, когда наблюдается скученность зубов в результате нехватки места в зубном ряду, такие зубы растут с поворотом, нагромождаются друг на друга.
- Ретинированные зубы, которые сформировались, но полностью не прорезались (чаще это восьмерки, зубы мудрости), болят и мешают соседним зубам.
- Дистопированные, которые прорезались за пределами зубного ряда (клыки или восьмерки).

Необходимость удаления молочных зубов появляется в следующих ситуациях:

- постоянный зуб уже режется, а молочный все еще не выпадает (корни зуба не рассосались или рассосались недостаточно);
- молочный зуб задерживает прорезывание постоянного зуба или не позволяет ему прорезаться правильно;
- зуб серьезно пострадал от периодонтита, на десне образовался свищ;
- сильная травма, не позволяющая оставить зуб;
- расшатанный молочный зуб тоже может подлежать удалению. К примеру, когда он доставляет малышу дискомфорт и травмирует десну.

4. Противопоказания к удалению.

Противопоказаниями к удалению являются наличие у пациента на момент его осмотра врачом острых вирусных респираторных и инфекционных заболеваний, артериальной гипертензии в стадии обострения, заболеваний сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, инфаркта миокарда, наличие гемангиомы, иных новообразований в области зуба, заболеваний крови с нарушением системы свертывания, получение гормональной и химиотерапии, злокачественных опухолей, некоторых заболеваний нервной системы (психозов, эпилепсии), а также наличие острого стоматита, гингивита. Детям не рекомендуется удалять молочные зубы, если рентгеновский снимок не показывает зачатки постоянных зубов

5. Этапы удаления.

1. Диагностика. Осмотр хирургом-стоматологом, рентгенологические исследования. По результатам врач определяет метод обезболивания и удаления зуба.
2. Анестезия. Для простого удаления достаточно местной анестезии. Сложное удаление одного зуба и удаление нескольких зубов может проводиться под общей анестезией или седацией..
3. Процедура удаления зуба. Врач накладывает инструмент и извлекает зуб из лунки (простое удаление). Если зуб не прорезался или разрушен, то сначала хирург формирует доступ к зубу/корню - аккуратно рассекает слизистую и надкостницу. Потом извлекает.
4. Антисептическая обработка лунки (местный антисептик), наложение швов - это нужно не во всех случаях. Далее врач даст рекомендации по домашнему уходу, порекомендует таблетки для обезболивания.

Пациент (представитель пациента) _____ (подпись)

Сложными для удаления считаются:

- *Непрорезавшиеся или аномально расположенные зубы мудрости.* Часто они имеют аномальную форму корней. Иногда проникают в гайморову пазуху на верхней челюсти. При удалении высок риск повреждения стенок носового синуса и последующего хронического гайморита. На нижней челюсти могут корнями оплетать челюстной нерв, вызывая боль, онемение щек или губ. Во время операции могут возникнуть дополнительные повреждения.
- *Зубы с разветвленными корнями.* Встречаются зубы с изогнутыми, направленными в разные стороны корнями. После удаления фрагменты и обломки корней могут оставаться в лунках, при проникновении в гайморову полость вызывать воспаление и новообразования (кисты, полипы, миcetомы).
- *Зубы с кистами на корнях.* Гнойное содержимое при неаккуратном извлечении устремляется в окружающую кость, носовую пазуху и десны. Хрупкая воспаленная челюсть может сломаться, а зуб провалиться в гайморову пазуху.
- *Сильно разрушенные зубы с ранее пролеченными каналами.* Лишенные питания, стенки зубов очень ломкие, легко рассыпаются при извлечении. Мелкие обломки служат причиной воспалений послеоперационных лунок.

6. Возможные осложнения и риски.

Мне разъяснено, что при надлежащем выполнении хирургического вмешательства в редких случаях во время операции и в послеоперационном периоде возникают нижеперечисленные осложнения: болевые ощущения в области манипуляции в течение послеоперационного периода; сохранения и увеличения припухлости, отека мягких тканей; повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации; ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов; повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти (в крайне редких случаях при аномальном расположении зуба); возможна индивидуальная аллергическая реакция; непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов; чувство жжения, болезненность, дискомфорт; нарушение функций глотания, жевания и речи; кровотечение, гематома; альвеолит (воспаление лунки удаленного зуба вследствие вымывания кровяного сгустка); возникновение онемения в области оперативного вмешательства; формирование рубца в области оперативного вмешательства; перфорация гайморовой пазухи с развитием в последствии синусита (воспаление околоносовых пазух) при хирургическом лечении в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, обусловленная анатомо-физиологическими особенностями человека; проникновение фрагмента корня в гайморову пазуху с развитием в последствии синусита (воспаление околоносовых пазух) при хирургическом лечении в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, обусловленная анатомо-физиологическими особенностями человека; онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, при хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному обусловленные анатомофизиологическими особенностями человека; отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта; осложнения оперативного лечения, обусловленные наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области; возникновение воспалительных, инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис), которые потребуют госпитализации в стационар.

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру, и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течение нескольких дней, в зависимости от вида и объема хирургического вмешательства.

Мне разъяснено, что при появлении вышеуказанных последствий и осложнений после завершения лечения или любого из его этапов мне (представляемому) необходимо незамедлительно информировать об этом лечащего врача, врачей-специалистов ООО «Брекет» для дополнительного обследования и консультации в целях исключения описанных выше осложнений.

Я осведомлена о последствиях отказа от удаления: развитие инфекционных осложнений; обострение системных заболеваний организма; прогрессирование зубоальвеолярных деформаций; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функции речи; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатология; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; обострение и прогрессирование настоящего заболевания; появление отека, температуры; увеличение очага деструкции костной ткани и(или) значительную убыль костной ткани зубочелюстного сегмента, что впоследствии потребует проведения операции по восстановлению ткани перед протезированием или имплантацией; возникновение воспалительных, инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис), которые потребуют госпитализации в стационар, что в итоге может неблагоприятно повлиять на мое(моего представляемого) здоровье, ухудшить качество жизни.

Я понимаю, что отказ от удаления молочного зуба может привести к таким осложнениям как сильное разрушение коронки молочного зуба и невозможность восстановления зуба; образование кисты на корне молочного зуба; переход воспаления на зачаток постоянного зуба, что может привести к гибели его зачатка, которые гораздо опаснее, чем раннее удаление зуба.

Я информирован(а) о том, что:

1. Для достижения благоприятного результата лечения я (представляемый) должен неукоснительно следовать рекомендациям лечащего врача, в послеоперационный период воздерживаться от употребления горячей пищи, алкоголя, горячих ванн, посещения саун, применения сосудорасширяющих препаратов. После удаления необходимо воздержание от приема пищи на несколько часов, впоследствии на протяжении нескольких дней не рекомендуется принимать острую, горячую, пищу, алкоголь с целью избежания возможного воспаления или кровотечения. Также врачом может быть рекомендовано полоскание ротовой полости дезинфицирующими растворами.

2. В раннем послеоперационном периоде показан прием предписанных врачом лекарственных препаратов (антибиотиков, обезболивающих средств), соблюдение диеты (прием мягкой, жидкой или протертой пищи, минимально травмирующей слизистую, богатую питательными веществами, витаминами и микроэлементами). Гигиенический уход за полостью рта должен осуществляться с использованием зубной щетки с мягкой щетиной, чистить зубы следует осторожно, минимально травмируя область вмешательства, с использованием для полоскания раствора антисептика. Несоблюдение рекомендаций врача, режима приема лекарственных препаратов, бесконтрольное самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Пациент (представитель пациента) _____ (подпись)

Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей и зубов до лечения , во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение.

Я полностью понимаю, что в процессе осуществления разработанного плана лечения и проведения хирургических вмешательств , местные анатомо-физиологические условия могут быть отличными от предполагавшихся ранее, и по усмотрению врача может быть проведено дополнительное или альтернативное лечение, изменение намеченного плана лечения.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у меня (представляемого) заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах.

Я добровольно принимаю на себя обязанность следовать всем рекомендациям и предписаниям лечащего врача, регулярно принимать назначенные препараты являться на контрольные и профилактические осмотры (не реже 1 раза в 6 месяцев), соблюдать гигиену полости рта.

Я обязуюсь информировать врача о проблемах, возникших в процессе лечения или по ее окончании.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) операции по удалению зуба(ов) врачом ООО « Брекет ».

Пациент (представитель пациента) _____ (подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту суть, ход , риск операции по удалению зуба, дал ответы на все вопросы.

Врач _____ / _____
(должность, Ф.И.О.) подпись