

**Информированное добровольное согласие
на проведение медицинского вмешательства
(стоматология терапевтическая)**

Я, _____, проинформирован(а) врачом-стоматологом о состоянии моих зубов и полости рта и необходимости проведения терапевтического лечения кариеса, понимаю цель данного лечения.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым лечением, и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения. Последствием отказа от данного лечения могут быть прогрессирование кариеса и развитие его осложнений, появление, либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба, а также системные проявления заболевания. Альтернативными методами лечения являются удаление пораженного зуба (зубов), отсутствие лечения как такового. Я ознакомлен(а) с информацией, касающейся каждого аспекта терапевтического лечения моих зубов, и понимаю, что данные аспекты направлены на сохранение моего здоровья. Я понимаю важность соблюдения гигиены полости рта, обязательность контрольных осмотров и профессионального удаления зубных отложений. Врач объяснил мне, что кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали, в действительности гораздо больше. Это связано с низкой прочностью расположенного под эмалью дентина. Мне объяснено, что дентин способен пропускать часть бактерий через свою толщу в пульпу зуба, поэтому при повреждении дентина в пульпе формируется очаг воспаления, размер которого зависит от протяженности кариозного дефекта. Очаг воспаления сохраняется после удаления кариеса и пломбирования зуба, а его ликвидация зависит от состояния моей иммунной системы. По этой причине, спустя некоторое время после пломбирования зуба по поводу неосложненного кариеса, может потребоваться эндодонтическое вмешательство (лечение корневых каналов). Я понимаю, что даже при самых тщательных методах диагностики кариеса врач не всегда может обнаружить кариозные повреждения на ранних стадиях. Это касается невидимых глазу поверхностей, которыми зубы примыкают друг к другу. Скрытые в толще эмали, такие полости не видны и на рентгеновских снимках, поэтому контрольные осмотры 1 раз в 6 месяцев позволяют обнаруживать и устранять такие дефекты. Мне объяснено, что необходимо заменять реставрации, имеющие вторичный кариес или краевые щели, так как развитие кариозного поражения под такой реставрацией приведет к поражению пульпы и потребует лечения корневых каналов. Если зуб с такими реставрациями ранее уже подвергался лечению корневых каналов, то доступ бактерий к корневым каналам приведет к их инфицированию. Я осознаю, что несвоевременное лечение кариеса приведет к осложнениям в виде необратимой гибели пульпы зуба, что в несколько раз увеличит стоимость и сложность лечения данного зуба (зубов). Я осведомлена(а) о возможных осложнениях во время анестезии, при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Я ознакомлен(а) с диагнозом, с применяемыми материалами и технологиями, с правилами гигиены и мероприятиями по уходу за полостью рта, с гарантийными сроками и сроками службы, прейскурантом. Врач поставил меня в известность, что при реставрации я должен(на) через 6 месяцев подойти к врачу на полировку и профессиональную гигиену, которая оплачивается дополнительно. В случае неявки гарантийный срок на услугу аннулируется. Я внимательно прочитал(а) данное приложение и понимаю, что последнее является юридическим документом. Содержание его мне понятно, дополнительно разъяснено врачом.

Сознавая вышеизложенное, я добровольно даю согласие на необходимые медицинские вмешательства при проведении терапевтического лечения зубов.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью медицинской карты.

Врач-стоматолог _____ / _____ /

Пациент _____ / _____ /

« ____ » _____ 20 ____