



Информированное добровольное согласие на терапевтическое лечение (лечение глубокого кариеса).

Документ составлен в соответствии с Основами законодательства РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан» и Федеральным законом от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей». Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.

Я _____

Законный представитель пациента _____ г.р.

проинформирован (а) лечащим врачом _____

о поставленном диагнозе и необходимости его лечения в соответствии с предварительным планом лечения.

Цель предполагаемого лечения: устранение кариозного процесса с максимальным сохранением здоровых тканей зуба, восстановление формы/функции зуба и предотвращение перехода глубокого кариеса в пульпит или периодонтит.

Альтернативный вариант лечения: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового. Совместно с врачом я имел(а) возможность выбрать из всех вариантов лечения наиболее рациональный в вариант. Я понимаю, что альтернативные хирургические варианты лечения могут быть использованы при не достижении эффекта от терапевтического лечения зубов.

Методы и способы лечения: Лечение глубокого кариеса проводится поэтапно и требует точной диагностики состояния зуба. Включает в себя постановку анестезии, препарирование, применение лечебных/изолирующих прокладок (по необходимости), восстановление формы зуба композитами или вкладками, это восстанавливает форму и функцию зуба, делая его вновь пригодным для жевания.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз (глубокий кариес или пульпит?) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству. Окончательное решение лечения врач может принять только после того, как проведёт препарирование и удалит весь размягчённый дентин из полости зуба. При этом возможны два варианта лечения:

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

Последствия отказа: - инфекционные осложнения, образование кисты

- прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости:

1. После лечения с наложением лечебной прокладки возможно появление болевых ощущений, при нарастании которых врач вынужден будет провести эндодонтическое лечение;
 2. Обострение заболевания может возникнуть и в более отдалённые сроки, и это тоже приведёт к эндодонтическому лечению;
 3. При эндодонтическом лечении возможно появление болевых ощущений в зубе при надкусывании и жевании;
- прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, снижение эффективности жевания, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба.

- ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта
- общесоматические заболевания (желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы)

Несвоевременное лечение кариеса зубов и удаление зубов в результате его осложнений приводят к появлению вторичной деформации зубных рядов и возникновению патологии височнонижнечелюстного сустава. Кариес зубов непосредственным образом может повлиять на мое здоровье и качество жизни (здоровье и качество жизни пациента, законным представителем которого я являюсь), обуславливая нарушения процесса жевания вплоть до окончательной утраты данной функции организма, что может сказаться на процессе пищеварения.

Я понимаю, что невозможно точно установить сроки лечения ввиду непредсказуемой реакции организма на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения.

Возможные осложнения: отечность десны в области зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней; микротравмы десны; ощущение дискомфорта, болевые ощущения, боли при надкусывании на зуб, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней; выпадение или скол пломбы; перелом стенки или корня зуба; изменение цвета коронки зуба; расхождение в цвете пломбы и эмали зуба, проявляющееся со временем; аллергические реакции на инструмент и материалы, применяемые в процессе лечения.

Мне разъяснено, что симптомами большинства из перечисленных выше осложнений являются дискомфорт и болевые ощущения в области пролеченного зуба и что при их появлении необходимо обратиться к врачу для дополнительного обследования и консультации в целях исключения описанных выше осложнений и проведения при необходимости повторного лечения.

Я понимаю, что лечение кариеса и эндодонтическое лечение является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Некоторые нежелательные побочные действия и осложнения нельзя исключить.

Врач объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после лечения кариеса.

Возможные риски: развитие осложнений (возникновение пульпита),временную боль после процедуры, аллергию на анестезию.

Ожидаемый результат: устранение кариозных тканей, восстановление анатомической формы и функции зуба с использованием пломбировочных материалов, а также сохранение жизнеспособности пульпы (нерва).

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет возможен.

Я осведомлен(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время, и после лечения, в том числе риск возникновения пульпита.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии для обезболивания медицинских манипуляций на заболевшем зубе. В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии.

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 заболеваниях.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Мне разъяснена необходимость, как во время лечения, так и после его окончания приходить на назначенные врачом контрольные осмотры и профилактические мероприятия, соблюдать гигиену полости рта.

Мне была предоставлена возможность предварительно ознакомиться с положением об установлении гарантийных сроков и сроков службы пломбирования в ООО «Дантист», я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на лечение кариеса и пломбирование и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я понимаю, что:

-условием эффективного лечения является выполнение мной плана лечения, плана индивидуальных профилактических мероприятий и соблюдение всех рекомендаций и назначений врача.

Я удостоверяю своей подписью, что:

-мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

-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 доверяю лечащему врачу и согласен(на), что в исключительных случаях (болезнь врача, отпуск, увольнение и т.п.) поликлиника может заменить врача, уведомив меня об этом лично либо или по телефону и получив мое согласие.

-мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении: о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

Я понял значение всех терминов, используемых в данном информированном добровольном согласии.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения глубокого кариеса на предложенных условиях, а также я согласен (а) с указанным перечнем осложнений и рисков ,о чем расписываюсь собственноручно.

Конкретные особенности и риски _____

Подпись врача:

(Ф. И. О.)

Подпись пациента/законного представителя:

(Ф. И. О.)

Дата	Диагноз (МКБ-10)	№ зуба	Врач	Пациент/ закон. представитель