

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (лечение некариозного поражения методом реминерализующей терапии)

Данное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства № 736 от 11.05.2023.

Я {ФамилияИмяОтчество}

(Ф.И.О. полностью)

Данный раздел заполняется при оказании услуг лицам, не достигшим 15-ти лет:

являясь законным представителем (указать ф.и.о. ребенка): _____

дата рождения ребенка _____

при оказании мне (представляемому) стоматологических услуг в ООО «_____» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство – лечение некариозного поражения зуба(ов) методом реминерализующей терапии.

Некариозное поражение зубов — это повреждение твёрдых зубных тканей, не связанное с кариесом. Наиболее распространёнными некариозными поражениями зубов являются патологическая стираемость, эрозия твёрдых тканей зуба, гипоплазия эмали, клиновидный дефект и флюороз.

Альтернативные варианты: лечение терапевтическим методом (пломбирование); удаление поражённого зуба (зубов); отказ от лечения.

Я подтверждаю, что врач проинформировал меня о планируемом лечении и его методе: лечение некариозного поражения методом реминерализующей терапии включает в себя насыщение эмали зубов минеральными компонентами, которые восстанавливают ее структуру (применяют пасты, гели и растворы с высоким содержанием фтора и кальция). Курс реминерализующей терапии состоит из нескольких аппликаций (периодичность устанавливает лечащий врач). Перед каждой аппликацией поражённую поверхность зуба механически очищают от зубного налета и высушивают струей воздуха. После проведения процедуры не рекомендуется принимать пищу в течение 2-3 часов.

Показания к лечению: реминерализующая терапия применяется в профилактических и в лечебных целях: некариозные поражения, начальный тип кариеса; до и после отбеливания; после профессиональной гигиены;

меловые пятна после ортодонтического лечения (снятия брекетов); лечение повышенной чувствительности зубов.

Противопоказания к лечению: индивидуальные аллергические реакции на материалы и компоненты.

Цель лечения: сохранение зуба(ов) и его (их) функциональности; снижение повышенной чувствительности, увеличение минеральной плотности твёрдых тканей зубов.

Основными последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирование заболевания (переход поражения на соседние ткани); увеличение области дефекта; разрушение эмали зуба(ов); развитие кариеса и его осложнений, в том числе воспаление пульпы, периодонтит; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов); нарушение общего состояния зубов и организма; развитие иных заболеваний костной и мягкой ткани, зубов и полости рта.

Я осознаю и мне разъяснено, что во время лечения могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. Я согласен (согласна) на то, что вид и тактика медицинского вмешательства может быть изменена врачом по его усмотрению с целью обеспечения максимальной защиты организма во время медицинского вмешательства.

Возможные риски и осложнения: даже при успешном завершении лечения зуб может подвергнуться дальнейшему некариозному и/или кариозному разрушению, что приведет к необходимости повторного лечения, либо терапевтического лечения (препарирование, пломбирование), либо лечения корневых каналов или удаления зуба; индивидуальные аллергические реакции на материалы и компоненты.

Предполагаемые результаты: устранение или уменьшение повышенной чувствительности и увеличение минеральной плотности твёрдых тканей зубов; ликвидация патологического процесса; восстановление блеска эмали или менее интенсивное окрашивание очага деминерализации. Даже при успешном завершении лечения нельзя дать гарантии, что зуб не подвергнется разрушению или перелому в будущем.

Я уведомлен(а), что при лечении некариозных поражений зубов важно устранить причины, повысить

общую устойчивость организма и укрепить твёрдые зубные ткани, требуются консультации других врачей-специалистов (эндокринолог, терапевт и др.).

Я уведомлен(а), что после лечения методом реминерализующей терапии обязательно проведение профессиональной гигиены полости рта и профилактических осмотров 1 раз в 6 месяцев, для контроля полученного результата лечения и предупреждения развития заболевания.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и предотвратить, и которые не зависят в полной мере от квалификации, действий (бездействий) медицинского персонала. Я понимаю, что возникновение указанных осложнений, таким образом, не являются следствием некачественно оказанной мне услуги (дефектом медицинской услуги).

Я проинформировал(а) врача обо всех сведениях, которые могут каким-либо образом повлиять на процесс и результат лечения, в т.ч. о наличии заболеваний (в т.ч. перенесенных), лечении в других медицинских организациях, противопоказаниях к применению каких-либо лекарств или процедур, обо всех случаях аллергии на лекарственные препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль в прошлом и настоящее время, сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических, токсических и психотропных средств Я обязуюсь незамедлительно сообщать врачу обо всех изменениях моего (представляемого) здоровья.

Я подтверждаю, что врачом мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора лечения некариозного поражения методом реминерализующей терапии, я имел(а) возможность полностью обсудить с врачом предстоящее медицинское вмешательство.

Также я информирован(а) о возможности получения бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) в других медицинских организациях. Я информирован(а), что ООО «Зефир» НЕ участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мною прочитаны, разъяснены мне медицинским работником и понятны.

Я добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство – лечение некариозного поражения методом реминерализующей терапии на описанных выше условиях и обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Я уведомлен(а) о том, что для проведения лечения некариозного поражения методом реминерализующей терапии может потребоваться несколько посещений в зависимости от клинического случая. Я согласен (согласна), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем информированном добровольном согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной. Получения от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача во время прохождения лечения не требуется.

Согласен на лечение некариозного поражения методом реминерализующей терапии:

Дата подписания	Номер зуба (зубов)	Подпись пациента/законного представителя	Фамилия, инициалы врача	Подпись врача
