

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (лечение кариеса 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 «Зефир» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство – лечение кариеса методом реминерализующей терапии.

**Кариес** – это патологический процесс, проявляющийся в деминерализации и размягчении твердых тканей зуба с последующим образованием полости.

**Альтернативные варианты:** лечение методом инфильтрации ICON, терапевтическим методом (препарирование, пломбирование); удаление пораженного зуба (зубов); отказ от лечения.

**Я подтверждаю, что врач проинформировал меня о планируемом лечении и его методе:** лечение кариеса методом реминерализующей терапии происходит без применения бормашины, возможно только на ранних стадиях кариозного процесса и 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 пораженную 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: начальный тип кариеса, некариозные поражения; 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 риска развития кариеса на ранних стадиях; уменьшение размера очага деминерализации вплоть до его исчезновения.

**Основными последствиями отказа от лечения могут быть:** прогрессирование заболевания (кариеса); развитие его осложнений, в том числе воспаление пульпы, периодонтит; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); нарушение общего состояния зубов и организма; развитие иных заболеваний костной ткани, 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 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:** ликвидация патологического процесса; восстановление блеска эмали или менее интенсивное окрашивание очага деминерализации. Даже при успешном завершении лечения нельзя дать гарантии, что зуб не подвергнется кариозному разрушению или перелому в будущем.

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 кариозного процесса.

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 кариеса 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 кариеса методом реминерализующей терапии на описанных выше условиях и обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Я уведомлен(а) о том, что для проведения лечения кариеса 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 кариеса методом реминерализующей терапии:**

| <b>Дата подписания</b> | <b>Номер зуба (зубов)</b> | <b>Подпись<br/>пациента/законного<br/>представителя</b> | <b>Фамилия,<br/>инициалы врача</b> | <b>Подпись врача</b> |
|------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------|
|                        |                           |                                                         |                                    |                      |
|                        |                           |                                                         |                                    |                      |
|                        |                           |                                                         |                                    |                      |
|                        |                           |                                                         |                                    |                      |
|                        |                           |                                                         |                                    |                      |
|                        |                           |                                                         |                                    |                      |
|                        |                           |                                                         |                                    |                      |
|                        |                           |                                                         |                                    |                      |
|                        |                           |                                                         |                                    |                      |
|                        |                           |                                                         |                                    |                      |
|                        |                           |                                                         |                                    |                      |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |