

 Общество с ограниченной ответственностью

«СТОМАТОЛОГИЯ»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Московская область, г. Мытищи, Олимпийский проспект, строение 2, д. 29, офис 9А, тел.: 8-495-407-06-67 8-916-586-15-06

 ИНН 5029132270 КПП 502901001 ОГРН 1095029010075 01.12.2009 г.

**ЛИСТ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО**

**СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ПРЯМОЙ РЕСТАВРАЦИИ ИЛИ МИКРОПРОТЕЗИРОВАНИЯ**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина или его законного представителя. **Данное информированное добровольное согласие пациента (законного представителя пациента) на проведение лечения кариеса методом прямой реставрации или микропротезирования**, является Приложением к медицинской карте стоматологического больного

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается полностью Ф.И.О. пациента,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в случае несовершеннолетнего пациента еще и Ф.И.О. его законного представителя)

Лечение кариеса прямой реставрацией заключается в удалении инфицированных твердых тканей зуба и последующим замещением дефекта пломбировочным материалом.

Лечение кариеса методом микропротезирования заключается в удалении инфицированных твердых тканей зуба и последующим замещением дефекта одним из видов микропротезов (вкладка, накладка, винир), который изготавливается в зуботехнической лаборатории по слепку, сделанному врачом.

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, касающееся 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 гарантийный̆ срок на услугу аннулируется.

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА:**

 Я прочитал(а) и понял(а) информацию, содержащуюся в информационной и документальной форме, в которой отражены основные сведения, полученные входе информационной консультации.

 Во время консультации у меня была возможность задать все интересующие меня вопросы, например, о специфических рисках, возможных осложнениях и альтернативных методах лечения. Лечащий врач дал полные и исчерпывающие ответы на мои вопросы.

 Я проинформирован(а), что я могу отозвать свое согласие на данную процедуру в любое до начала лечения.

 Мне было дано достаточно времени для принятия решения; мне больше не требуется дополнительное время для обдумывания решения.

 Настоящим я даю свое согласие на проведение предложенной(-ого/-ых) процедур(ы)/метода(ов) лечения. Я даю согласие на анестезию, изменение или продление лечения в случае необходимости, а также на эндодонтическое и ортопедическое лечение.

 Я также был(а) проинформирован(а) о необходимости регулярно посещать стоматолога и делать профессиональную чистку зубов (минимум два раза в год, желательно три раза в год).

Ни я, ни мои ближайшие родственники, ни люди, представляющие мои интересы, не будут предъявлять финансовых или юридических претензий в отношении того, что перечислено в данном документе. Ксерокопия этого документа несет за собой такую же юридическую силу, как и оригинал. Я полностью ознакомился с документом, мне все понятно, я согласен со всеми положениями данного документа и подтверждаю это своей подписью:

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись пациента, либо законного представителя, Ф.И.О.)

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись лечащего врача, Ф.И.О.)

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.