

ИДС на лечение кариеса и/или некариозных поражений

**Информированное добровольное согласие
на медицинское(-ие) вмешательство(-а) –**

терапевтическое лечение кариеса и/или некариозных заболеваний (поражений) твёрдых тканей зуба(-ов)
(основание: статья 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, _____ {ФИОПациента}

{ДатаРожденияПациента} рождения, проживающий(-ая) по адресу:

{АдресПациента}

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

паспорт: _____, выдан: _____
(серия, номер) (орган, выдавший паспорт, и дата выдачи)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – нужно подчеркнуть) ребёнка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребёнка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на предложенное(-ые) мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинское(-ие) вмешательство(-а): терапевтическое лечение кариеса и/или некариозных заболеваний (поражений) твёрдых тканей зуба(-ов).

Медицинский работник

{Врач}

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

после выполненной диагностики обосновал необходимость проведения терапевтического лечения кариеса и/или некариозных заболеваний (поражений) твёрдых тканей зуба(-ов), а также последствия отказа от лечения и рекомендованного метода восстановления зуба(-ов).

Последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирование кариозного процесса, поражение пульпы и периодонта зуба, образование кисты, появление либо нарастание болевых ощущений, ухудшение эстетики, перелом коронки зуба при отказе от рекомендованного метода его восстановления, потеря зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, нарушение функции речи, жевания, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология и т.д.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех.

Альтернативными методами лечения (возможными вариантами медицинского вмешательства) являются: удаление поражённого(-ых) зуба(-ов), отсутствие лечения как такового.

В случае проведения обезболивания выбор анестезиологического пособия и анестетика я доверяю медицинскому работнику, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые лекарственные препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии.

Я информирован(а) о принципах, целях и методах терапевтического лечения (оказания медицинской помощи) кариеса и некариозных заболеваний (поражений) твёрдых тканей зуба(-ов), которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: устранение факторов, обуславливающих процесс разрушения тканей зуба(-ов); предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса; сохранение и восстановление анатомической формы и функции зуба(-ов); предупреждение развития патологических процессов и осложнений. Высокий процент успешности проведения терапевтического лечения кариеса и некариозных заболеваний (поражений) твёрдых тканей зуба(-ов) (более 80%) не исключает определённый процент (5-20%) неудач, что может потребовать: повторной установки пломбы, эндодонтического лечения зуба(-ов) (лечения корневых каналов) в будущем и т.д.

Я информирован(а), что выбор метода восстановления зуба зависит от ряда факторов, в том числе от индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ), который определяется после препарирования кариозной полости зуба. При показателях ИРОПЗ в пределах 0,2-0,4 применяется метод пломбирования. Для группы жевательных зубов при ИРОПЗ > 0,4 показано изготовление вкладок из металлов, из керамики или из композитных материалов. При ИРОПЗ > 0,6 показано изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ > 0,8 показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок.

Я информирован(а), что в случае разрушения более 50% твёрдых тканей зуба, композитная пломба и/или реставрация при световом отверждении дает усадку слишком большой силы, что может привести к отлому оставшихся тонких стенок зуба или к

ИДС на лечение кариеса и/или некариозных поражений

отрыву пломбы и/или реставрации от стенок зуба (микротрешины), которая впоследствии приводит к нарушению герметизации пломбы и/или реставрации и рецидиву кариеса в недалёком будущем.

Я информирован(а), что композитная пломба и/или реставрация неэффективна в случае разрушения зуба на уровне под десной в связи с постоянным подтеканием десневой жидкости, нарушающей технологию постановки пломбы и/или выполнения реставрации. В этих случаях методом выбора является изготовление в зуботехнической лаборатории непрямой реставрации из композита или керамики, которая затвердевает в идеальных условиях с соблюдением технологии и даёт усадку до постановки в полость рта, и, следовательно, не давит на оставшиеся ткани зуба, сберегая их, и идеально прилегает к зубу, в том числе в поддесневой области.

Я информирован(а), что для терапевтического лечения кариеса и некариозных заболеваний (поражений) зуба(-ов) проводится процедура сошлифования слоя твёрдых тканей зуба(-ов), которая является необратимой. Я информирован(а), что истинный размер кариозной полости определяется разрушением дентина и всегда превышает видимый глазом размер кариозной полости в области эмали, вследствие различной твёрдости тканей зуба. Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания и понимаю, что в процессе препарирования зуба (удаления поражённых тканей с помощью бора), может измениться диагноз и тактика лечения, может потребоваться эндодонтическое лечение зуба (лечение корневых каналов).

Я информирован(а), что для лечения зубов с глубокими и обширными полостями даже после постановки постоянной пломбы может потребоваться эндодонтическое лечение зуба и перелечивание ранее пломбированных корневых каналов в нём, и что присутствие такой рекомендации медицинского работника в предварительном плане лечения нужно для получения наилучшего результата. Также я информирован(а), что наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза является сохранение жизнеспособности пульпы зуба («нервов зуба»). В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба с ранее имевшейся в нём кариозной полостью и/или глубоким клиновидным дефектом, и/или патологической стираемостью существует риск воспаления пульпы зуба и/или развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня зуба как в процессе, так и после постановки постоянной пломбы.

Я информирован(а) о необходимости строго следовать этапам диагностики, лечения, медицинской реабилитации; о важности соблюдения рекомендаций по срокам лечения; о необходимости полного восстановления целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций.

Понимая сущность предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) лечения и уникальность организма, я согласен(-на) с тем, что итоговый результат лечения может отличаться от ожидаемого мною, и что искусственные пломбы и/или реставрации эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций в полости рта. Я осознаю риск, связанный с применением анестезии, прочих лекарственных препаратов, а также медицинских изделий. Я понимаю, что в моих интересах начать предложенное мне лечение.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций медицинского работника.

Я информирован(а) о рисках терапевтического лечения кариеса и некариозных заболеваний (поражений) твёрдых тканей зуба(-ов), а именно о том, что в 10% случаев возможно развитие ятогенных осложнений (появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, например, аллергических реакций), а также что в 10% случаев возможно развитие нового заболевания, связанного с основным (рецидив кариеса и/или некариозного заболевания (поражения) твёрдых тканей зуба(-ов), его прогрессирование).

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) медицинского работника обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма (организма лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе аллергического характера, о наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов и/или использования медицинских изделий.

Я предоставил(а) медицинскому работнику точную историю моего физического и психического здоровья (здравья лица, законным представителем которого я являюсь). Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от медицинского работника указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля, динамического наблюдения и визитов в указанные сроки.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительных медицинских вмешательств, в том числе в экстренной форме, я даю согласие на оказание медицинских услуг (медицинской помощи) в том объёме, который определит медицинский работник.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные медицинские процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи стоматологического профиля любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я информирован(а) о предполагаемых результатах терапевтического лечения (оказания медицинской помощи) кариеса и/или некариозных заболеваний (поражений) твёрдых тканей зуба(-ов), а именно: изменение состояния моего здоровья (здравья лица, законным представителем которого я являюсь), осуществлённое путём профилактики и/или

ИДС на лечение кариеса и/или некариозных поражений

диагностики, и/или лечения, и/или медицинской реабилитации имеющегося(-ихся) у меня (у лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания(-ний) и/или состояния(-ний).

Я согласен(-на) на проведение медицинской фото- и видеосъёмки при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных. Я согласен(-на) и разрешаю медицинскому работнику, в случае необходимости, опубликовать информацию о моём лечении (лечении лица, законным представителем которого я являюсь) в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению (лечению лица, законным представителем которого я являюсь).

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечёт за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от предложенного лечения, либо дать на него своё согласие.

Я информирован(а), что настоящий документ составлен на 3-х страницах и хранится в моей медицинской документации (медицинской документации лица, законным представителем которого я являюсь).

Дата оформления информированного добровольного согласия: {ДатаДоговора}

Пациент (законный представитель):

(подпись)

{ФИОПациента}

(расшифровка)

Медицинский работник:

(подпись)

(расшифровка)

Я даю информированное добровольное согласие по форме и содержанию, подписанного мною ранее, а именно {ДатаДоговора}, на предложенное(-ые) мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинское(-ие) вмешательство(-а): терапевтическое лечение кариеса и/или некариозных заболеваний (поражений) твёрдых тканей зуба(-ов).

