

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на лечение кариеса и его осложнений

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, {ФамилияИмяОтчество} (ФИО пациента либо законного представителя), соглашаюсь с тем, что терапевтическое лечение кариеса и иных болезней твердых тканей зубов, художественную реставрацию, эндодонтическое лечение, повторное лечение корневых каналов зуба(ов), другое вмешательство: _____)

пациенту _____ (ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительном падеже) будет проводить врач-стоматолог {ФамилияИмяОтчествоВрача} и другие врачи ООО "АРТСТОМ". В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника оставляет за собой право заменить лечащего врача, уведомив меня об этом. Я даю согласие на привлечение к моему лечению других специалистов, в том числе врачей, не являющихся работниками Исполнителя (при необходимости).

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны варианты медицинского вмешательства (**альтернативные варианты лечения**), а именно: наблюдение за состоянием полости рта, коррекция индивидуальной гигиены, удаление поврежденного зуба.

Мне сообщены, разъяснены врачом возможные **негативные последствия в случае полного или частичного отказа** от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование заболеваний пародонта, кариеса, его осложнений, потеря зубов, изменение прикуса.

Лечение кариеса заключается в иссечении твердых тканей зуба, пораженных кариесом и замещении их пломбирочным материалом с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о цели лечения некариозных поражений зубов, а именно придание поврежденному зубу анатомической формы и цвета близкого к естественному путем наслоения пломбирочного материала.

В случае обнаружения кариеса на ранних стадиях и в отсутствии противопоказаний может применяться метод инфильтрации тканей системой Icon.

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны варианты медицинского вмешательства (**альтернативные варианты лечения**), а именно:

- удаление пораженного зуба(ов);
- применение других пломбирочных материалов;
- наблюдение за пораженным зубом;
- ортопедическое лечение (восстановление) коронковой части зуба;
- эндодонтическое лечение.

Мне сообщены, разъяснены врачом возможные **негативные последствия в случае полного или частичного отказа** от рекомендованного плана лечения (лечения кариеса и некариозных поражений зубов), а именно: прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; пульпит, периодонтит, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; перелом зуба; нарушения общего состояния организма.

Мне сообщены **последствия медицинского вмешательства**, возможные **осложнения и риски**, связанные с лечением, в том числе:

- возможно наличие болевых ощущений в области леченого зуба;
- возможно временное ощущение отсутствия смыкания зубов;
- травма мягких тканей полости рта стоматологическим инструментарием и оборудованием.

Возможные **осложнения (риски)** после постановки пломбы, а именно: воспаление пульпы (пульпит); отлом стенки зуба; нарушение краевого прилегания пломбы; развитие вторичного кариеса; болевые ощущения после установки пломбы во время приема пищи; растрескивание корня зуба; периодонтит; чувство жжения в полости рта.

При лечении глубокого кариеса, лечении пульпита биологическим методом мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о цели лечения, а именно сохранение зуба живым (витальным).

Врач разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного лечения, преимущества живого зуба перед мертвым (депульпированным), которые заключаются в меньшей хрупкости живого зуба, в большей устойчивости живого зуба к жевательным нагрузкам.

Мне понятен предполагаемый результат оказания медицинской помощи, который заключается в постановке лечебного материала на дно препарированной полости зуба, с последующим пломбированием коронковой части зуба и восстановлением анатомической формы зуба.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. В частности:

- кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования), соответственно потребуется реставрация значительной части зуба или постановка коронки;

- при экскавации пораженной дентина возможно вскрытие пульпарной камеры, что повлечет за собой эндодонтическое лечение корневых каналов зуба. В таком случае зуб необходимо будет депульпировать. Депульпирование (удаление нерва) и лечение корневых каналов будет проведено за отдельную плату.

Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корней зубов, их механическую и медикаментозную обработку для дезинфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата. Положительный результат эндодонтического лечения в виде исчезновения воспаления в области верхушки корня проявляется в период от 3-х до 12-ти месяцев.

В частности, мне объяснено, что лечение корневых каналов зубов имеет целью одновременное решение нескольких задач, в том числе: лечение воспаления пульпы и тканей, окружающих зуб; устранение воспаления в области верхушки корня; восстановления целостности зуба; предупреждение развития патологических процессов и осложнений.

Лечение корневых каналов зубов включает в себя следующие основные этапы: препарирование кариозной полости; обязательную предварительную медикаментозную, антисептическую, механическую обработку канала, в том числе посредством внутриканального ультразвукового физиотерапевтического воздействия; пломбирование корневых каналов с последующим герметичным восстановлением коронки зуба. В процессе лечения осуществляется дренирование воспалительной полости через каналы. После снятия воспаления осуществляется антисептическое лечение тканей вокруг зуба посредством закладывания лекарственных средств в зуб и постановка временной пломбы. После купирования в периодонте воспалительного процесса осуществляется пломбировка полости пломбировочными материалами (установка постоянной пломбы).

Мне разъяснено, что выбор метода воздействия на корневые каналы зуба, лекарственных средств для лечения каналов, этапов их использования, материала временной и постоянной пломбы зависит от степени поражения зуба, особенностей строения зуба, индивидуальных особенностей пациента, в том числе от наличия аллергических реакций. Со мной согласован вид применяемых воздействий на корневые каналы зуба, применяемых лекарственных средств и материала временной и постоянной пломбы и сроки лечения.

Мне сообщены и понятны возможные (**альтернативные**) методы медицинского вмешательства. В частности, мне разъяснено, что такими методами лечения являются:

- консервативное лечение периодонтальных изменений с помощью кальций содержащих препаратов. Этот метод лечения позволяет сохранить относительную целостность зуба, но требует долгосрочного лечения, при этом эффективность лечения невысокая;

- резекция верхушки корня - удаление верхушки одного или нескольких корней зуба вместе с очагом воспаления. Это временная мера, позволяющая сохранить зуб на небольшой срок (обычно такой срок составляет от 1 года до 5 лет) в зависимости от индивидуальных особенностей организма;

- удаление зуба - происходит полное излечение воспалительного процесса, однако удаление зуба – это полная утрата зуба, из-за чего могут возникнуть осложнения в виде изменения положения соседних зубов, уменьшения объема костной ткани, также может потребоваться проведение хирургического и (или) ортопедического лечения (протезирования).

Я понимаю, что уточнение диагноза в процессе лечения допустимо.

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, соответственно фактические результаты могут отличаться от предполагаемых результатов.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства при **терапевтическом лечении и после него:**

- мне объяснили, что может повыситься чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям, аллергические реакции на некоторые стоматологические материалы, кровоточивость и воспаление десен в первые 2-5 дней. У некоторых пациентов (индивидуальная особенность, особенность питания, наличие вредных привычек) при недостаточной гигиене ротовой полости возможно образование зубного налета и зубного камня в более короткие (по сравнению со среднестатистическими) сроки;

- возможность изменения цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свёкла, вишня и т.д.);

- развитие осложненных форм кариеса (пульпит, периодонтит) после лечения глубокого кариеса;

- постпломбировочные боли при накусывании при эндодонтическом лечении зуба;

- появление отёка мягких тканей или увеличение имевшегося отёка после терапевтического вмешательства;

- необходимость удаления зуба в случае неэффективности терапевтических методов;

- возникновение периодонтальных явлений и изменение рентгенологической картины после пломбировки каналов с плохой проходимостью или при наличии коллатеральных каналов, что приведет к перелечиванию корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удалению зуба;

- возможное попадание пломбировочного материала и лекарственного средства за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани, полости и каналы при эндодонтическом лечении зубов;

- отлом коронковой части зуба при циркулярном кариесе;

- возможность отлома эндодонтических инструментов в труднопроходимых каналах, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба;

- если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции, может произойти повреждение ортопедической конструкции (например, перелом искусственной коронки), либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение). Также при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению;

- перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения;

- даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Я в доступной форме проинформирован(а) лечащим врачом о возможных осложнениях, которые не являются следствием дефектов оказания медицинской помощи, к которым относятся, в частности:

- скол (потеря) прямых композитных виниров (люминиров, художественных реставраций), выполненных в стороннем лечебном учреждении без соблюдения протоколов лечения с невозможностью их коррекции (восстановления);

- потеря пломб и ортопедических конструкций, установленных в других медицинских учреждениях без соблюдения общепринятых стандартов или срок службы которых истек;

- при лечении корневых каналов: перфорация корня зуба вследствие его значительного искривления; перепломбировка; невозможность прохождения корневого канала, связанного с анатомическими особенностями и облитерацией (сужением) корневого канала; невозможность обнаружения дополнительных каналов корня зуба; необходимость повторного аналогичного лечения; необходимость проведения хирургического вмешательства в области зуба, подвергшегося лечению; необходимость удаления зуба;

- после постановки пломб: постпломбировочные боли при накусывании, повышенная реакция на холодное и горячее, болезненные ощущения в десне при постановке придесневой пломбы; появление рецессии десны, оголение корней зубов, связанное с уменьшением отека десны; воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, при нарастании воспаления необходимость удаления зуба; появление повышенной чувствительности зубов; изменение цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества; при наличии желудочно-кишечных заболеваний возможно появление темной полосы между пломбой и тканями зуба;

- при повторном лечении корневых каналов зуба, покрытого коронкой или являющегося опорой для съемного протеза: перелом корня и (или) стенки зуба, который может привести к необходимости его удаления;

- при перелечивании зубов (повторном эндодонтическом лечении) вероятность успешного лечения значительно снижается, что связано: с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или штифт; с сильной кальцификацией корневых каналов, что (в некоторых случаях) повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента); с искривлением корневых каналов.

Я проинформирована, что после лечения и перелечивания корневых каналов необходимо восстановление коронковой части зуба, т.е. постановка коронки или вкладки (по ситуации).

На усмотрение врача при необходимости для проведения эндодонтического лечения может быть использован операционный микроскоп, что обеспечивает увеличение и лучшую визуализацию клинической картины и повышает вероятность успеха и тщательность лечения, но не даёт 100% гарантии, так как успех лечения во многом зависит от клинической картины на момент обращения, анатомических особенностей и состояния организма в целом.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении. Выбор метода и препаратов предоставляю врачу-стоматологу. Я предупрежден о возможных осложнениях под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции, анафилактический шок, гипертонический криз, коллапс, обморок, поломка иглы, боль при введении анестетика, недостаточное обезболивание, избыточное распространение анестетика, повреждение анестезируемых тканей, продолжительное нарушение чувствительности, прикусывание щеки, губы в связи со снижением чувствительности после анестезии в течение нескольких часов после лечения, локальное побледнение кожи (ишемия), образование гематом, инфицирование, некроз

тканей.

Возможные исходы проводимого лечения:

- улучшение клинической ситуации в полости рта;
- стойкая ремиссия заболевания (заболеваний) ротовой полости;
- кратковременный положительный результат лечения;
- отсутствие эффекта лечения.

При лечении кариеса эмали и дентина в большинстве случаев удается добиться стабилизации процесса без рецидива. У трети пациентов после проведенного лечения наступает компенсация функции - восстановлена анатомическая форма и функция зуба. При этом необходимо динамическое наблюдение 2 раза в год или по режиму, назначенному врачом.

При лечении пульпита непосредственно после окончания курса лечения восстанавливается функция зуба, часто удается достичь стабилизации с отсутствием рецидивов и осложнений.

На любом этапе оказания помощи могут появиться новые поражения или осложнения, обусловленные проводимой терапией (например, аллергические реакции), что повлечет оказание дополнительной медицинской помощи, проводимой по протоколу соответствующего осложнения.

При отсутствии лечения и невыполнении рекомендаций может развиваться новое заболевание, связанное с основным. Через полгода после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения возможно прогрессирование кариеса, его рецидив; развитие острого пульпита, заболеваний периодонта; развитие хронического периодонтита.

Эффективность лечения либо отсутствие эффекта непосредственно связаны с первоначальной клинической ситуацией (до начала лечения), общим состоянием организма пациента, работой иммунной системы, а также с регулярным правильным выполнением рекомендаций по домашней гигиене и лекарственной терапии (в случае назначения), изменением питания, наличием или отсутствием вредных привычек.

При интенсивных болевых реакциях или воспалительных процессах на корнях зубов или в дёснах возможно назначение анальгетиков и/или антибиотиков. Возможные последствия приема анальгетиков и/или антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я соглашаюсь на проведение рентгенологических исследований в процессе лечения и после него и предоставляю лечащему врачу выбор метода, количество и временные сроки для исследований.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:

- ортопантограмма, прицельный пленочный снимок, компьютерная томограмма;
- консультация стоматолога(ов) другой специализации и/или специалистов иного профиля.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения; стоимость этапов и лечения в целом. При этом мне известно, что стоимость во время лечения может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

Предполагаемый срок данного лечения - _____.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Гарантийные сроки на эндодонтическое лечение ввиду его специфики установить не предоставляется возможным.

Дополнительно: _____

Я проинформировал(а) медицинского работника обо всех случаях аллергических реакций, предоставил(а) сведения о состоянии здоровья на момент подписания настоящего согласия и в прошлом, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о постоянно и периодически принимаемых лекарственных средствах (инъекциях, мазях, назальных/глазных каплях, пищевых добавках), назначенных врачами другого лечебного учреждения или принимаемых самостоятельно, об употреблении алкоголя, наркотических и иных токсических средств. Мне известно, что не предоставление информации о состоянии здоровья может повлиять на эффективность и результаты медицинского вмешательства, и я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я предупрежден(а) лечащим врачом, что в процессе диагностики и лечения могут потребоваться дополнительные виды медицинских обследований и медицинских манипуляций, необходимые для контроля за осуществлением обследования и (или) выявления сопутствующей патологии и (или) обусловленные индивидуальными особенностями моего организма.

Я доверяю лечащему врачу и медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я уведомлен(а), что в процессе лечения необходимо регулярно и в соответствии с установленным лечащим врачом графиком являться на прием к лечащему врачу для динамического наблюдения и контроля за процессом лечения. Понимаю, что неявка на контрольный осмотр к лечащему врачу может привести к нежелательным или неблагоприятным последствиям для здоровья. Я обязуюсь выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать рекомендованный план лечения. Мне

разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность любого человеческого организма, я согласен(а) с тем, что успех лечения в значительной степени зависит от индивидуальных особенностей организма и образа жизни, и никто не может предсказать точный результат лечения.

Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о предстоящем лечении.

Я предоставляю ООО "АРТСТОМ" право вести фото- и видеопрокол манипуляций по выбору врача(ей), использовать, обрабатывать, хранить, дублировать, анализировать мои изображения, включая фотографии и рентгенологические снимки, срезы КТ на сайтах в сети Интернет, для контроля качества лечения, для научных публикаций и в программах обучения врачей при соблюдении анонимности (т.е. без указания Ф.И.О. пациента).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проводимого медицинского вмешательства на любой его стадии. Мне разъяснены последствия такого отказа, в том числе я проинформирован(а), что последствиями отказа могут быть: прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, неврологическая патология, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба. При этом Клиника не несет ответственности за последствия моего отказа от оказания медицинской помощи.

Я извещен(а), что несообщение вовремя врачу о любом ухудшении самочувствия, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья и лечении.

Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Пациент {ФамилияИмяОтчество} (ФИО пациента, либо законного представителя)

_____ (подпись пациента, либо законного представителя) {ТекущаяДатаПолная} г

Врач _____ ({ФамилияИмяОтчествоВрача}) {ТекущаяДатаПолная} г

Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Пациент {ФамилияИмяОтчество} (ФИО пациента, либо законного представителя)

_____ (подпись пациента, либо законного представителя) {ТекущаяДатаПолная} г

Врач _____ ({ФамилияИмяОтчествоВрача}) {ТекущаяДатаПолная} г

№ зуба	ФИО, подпись Пациента (законного представителя)	Дата подписи	Ф.и.о, должность, подпись Медицинского работника	Дата подписи