

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство  
«Реставрация зубов»**

*Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.*

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. пациента либо законного представителя пациента – полностью, год рождения)

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____
являюсь законным представителем _____
ФИО несовершеннолетнего пациента _____
_____, дата рождения Пациента: _____

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологическую клинику, предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, всех необходимых диагностических исследований и мероприятий, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины состояния полости рта и назначения плана лечения терапевтической реставрации зубов \_\_\_\_\_.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

**Терапевтическая реставрация зубов** – это коррекция формы и цвета зубов композитным светоотверждаемым материалом. Изготавливается реставрация следующим образом: Под анестезией производится шлифовка или пескоструйная обработка эмали на передней поверхности зуба, медикаментозная обработка поверхности, протравливание эмали кислотой для её обезжиривания и лучшей адгезии (прилипания) пломбировочного материала. Затем врач послойно наносит пломбировочный материал, комбинируя различные цвета. Каждый слой при этом засвечивается полимеризационной лампой. Терапевтическая реставрация зуба проводится, как правило, за одно посещение, но в некоторых случаях требуется дополнительные посещения для коррекции и полировки.

Реставрация проходит с соблюдением всех этапов адгезивного протокола (пескоструйная обработка, как правило, без абразивной обработки борами, обработка эмали ортофосфорной кислотой, и адгезивной системой).

Мне понятно, что реставрация является эстетической конструкцией, которая выполняет функции: визуального замещения дефекта или кариеса.

Мне понятно, что с этой конструкции нужно обращаться очень бережно, не накусывать на зуб из композитного материала.

Мне понятно, что надо ухаживать за реставрацией посредством зубной щетки и пасты, а также пользоваться ирригатором для промывания межзубных промежутков в области реставрации для профилактики вторичного кариеса.

Мне понятно, что реставрация зуба является сложной процедурой, поскольку очень сложно повторить цвет, форму, структуру поверхности и индивидуальные особенности фронтального зуба при помощи композитного материала, поэтому я соглашаюсь с тем, что согласно моей субъективной оценки эстетического результата реставрации, реставрированный зуб может несколько отличаться от соседних зубов.

Мне понятно, что критерием оценки качества реставрации передних или жевательных зубов будут служить следующие критерии: форма и цвет реставрации приближен к моим естественным зубам аналогичной группы с противоположной стороны челюсти, если таковые имеются, или к предполагаемым форме и цвету, в формате комплексного подхода присутствующих зубов полости рта. Но цвет зубов с реставрацией может отличаться от естественных зубов, не леченых ранее.

**Я информирован/а/ о возможных альтернативных вариантах лечения**, в том числе протезировании зубов, в качестве альтернативы Мерилендского моста - съемное протезирование или имплантация.

**Мне разъяснено, понятно, и я принимаю то, что в случае, если ранее зуб был лечен (депульпирован) в другой клинике, то ни врач, проводящий реставрацию зуба, ни клиника не могут нести никакой ответственности за**

**это произведенное ранее лечение, так как ни визуально, ни рентгенологически, ни иным способом невозможно обнаружить ВСЕ возможные дефекты такого лечения.**

**Также врач отдельно подчеркнул, и я принимаю то,** что в связи с недостаточностью собственных тканей зуба, их истончением, возможными дефектами произведенного ранее лечения, необходимостью извлечения ранее установленных штифтов и пр. данное лечение является лишь попыткой спасения зуба и:

- положительный результат реставрации ранее леченого (депульпированного) зуба не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.
- даже при успешном завершении лечения существует категорическая необходимость покрытия этого зуба ортопедической коронкой.

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

- некачественное прохождение (распломбирование) и расширение корневого канала;
- перелом эндодонтического инструмента в корневом канале;
- перфорация стенки корневого канала или стенки зуба;
- неполное пломбирование корневого канала;
- также возможно: рецидив воспалительного процесса в периапикальных тканях зуба, перелом корня зуба, отлом или дальнейшее разрушение наружной (коронковой) части зуба, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Мне разъяснена необходимость применения обезболивания (местной инъекционной анестезии) с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести в редких случаях к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я информирован/а/ о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен/а/ на их проведение.

Я проинформировал/а/ лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я понимаю, что гарантировать мне целостность реставрации при несоблюдении всех требований эксплуатации этой конструкции, никто не может.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной эстетический результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил/а/ полную информацию о гарантийном сроке (сроке службы) и ознакомлен/а/ с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему 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 подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я имел/а/ возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил/а/ удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

**Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.**

*Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.*

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

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

**Пациент согласился на медицинское вмешательство** \_\_\_\_\_ (подпись)

Пациент отказался от медицинского вмешательства \_\_\_\_\_ (подпись)