

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
на медицинское вмешательство -  
**ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ лечение**

Я, {ФамилияИмяОтчество}, дата рождения {ДатаРождения}г., зарегистрирован(а) по адресу: {АдресРегистрации},

паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_  
(ФИО несовершеннолетнего или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю добровольное согласие на проведение мне/моему подопечному медицинского вмешательства – **терапевтического стоматологического лечения:**

Настоящее согласие дано для ООО Стоматология «Факел» (ОГРН №1043600002160, ИНН 3664056461), имеющая лицензию на право осуществления медицинской деятельности № Л041-01136-36/00325800 от 30.07.2018 года. бессрочно: г.Воронеж, ул. Писателя Маршака, 8, (далее - Клиника).

На проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю врача/ей:  
{Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество} \_\_\_\_\_

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга может быть оказана по программе обязательного медицинского страхования в иных медицинских организациях, в объеме и на условиях территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС. В ООО Стоматология «Факел» данное медицинское вмешательство будет мне оказано на платной основе.

Лечащий врач после проведенной диагностики обосновал необходимость проведения терапевтического лечения зубов. Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству.

Мне разъяснено, что возможно выполнение следующих манипуляций:

местное обезболивание (аппликационное, инфильтрационное, проводниковое); лечение зубов (наложение изолирующей завесы, препарирование, медикаментозная обработка, наложение лечебных и/или изолирующих прокладок, пломбирование); лечение молочных зубов или их удаление по медицинским показаниям; герметизация фиссур; эндодонтическое лечение (механическая, медикаментозная обработка корневых каналов, пломбирование корневых каналов); установка внутрикорневого штифта; шинирование зубов; проведение рентгенологического исследования; введение лекарственных средств по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, внутрикожно и подкожно.

Я информирован(а), что для терапевтического лечения проводится процедура сошлифовывания слоя твердых тканей зуба, 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 твердости тканей зуба.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания и понимаю, что в процессе препарирования зуба (удаления пораженных тканей с помощью бора), может измениться диагноз и тактика лечения, может потребоваться эндодонтическое лечение каналов зуба. Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет возможен.

Я информирован(а) о принципах лечения зубов, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: устранение факторов, обуславливающих процесс разрушения тканей зуба; предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса; сохранение и восстановление анатомической формы и функции зуба; предупреждение развития патологических процессов и осложнений. Высокий процент успешности проведения терапевтического лечения (более 80%) не исключает определенный процент (5-10%) неудач, что может потребовать повторной установки пломбы, эндодонтического лечения корневых каналов в будущем.

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 0,2-0,6 применяется метод пломбирования, для группы жевательных зубов при ИРОПЗ > 0,4 показано изготовление вкладок. При ИРОПЗ > 0,6 показано изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ > 0,8 показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок.

Мне сообщено и понятно, что для лечения могут понадобиться дополнительные обследования, о чем меня уведомит врач, а именно: консультация у врача(ей)-стоматолога(ов) иного профиля; консультация у врача(ей) общего медицинского профиля; проведение обследования на аллергические реакции на используемые материалы; рентгенологические обследования.

Я проинформирован(а) врача о состоянии своего здоровья, всех известных болезнях и особенностях здоровья, обо всех случаях аллергии, о принимаемых медицинских препаратах, биологически активных добавках, об иных обстоятельствах и противопоказаниях, которые объективно или по моему мнению могут повлиять на возможность оказания услуг и/или их качество.

Я понимаю, что отказ от перечисленных выше обследований может повлечь осложнения или снизить качество оказываемых услуг и Исполнитель не несет ответственности в случае их возникновения, если я не сообщил(а) или не знал(а) о своих противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение лечения.

Последствиями отказа от вмешательства могут быть: прогрессирование кариозного процесса, поражение пульпы и периодонта зуба, образование кисты, появление либо нарастание болевых ощущений; ухудшение эстетики: перелом коронки зуба при отказе рекомендованного метода его восстановления (отказе покрыть зуб искусственной коронкой), потеря зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, нарушение функции речи, жевания.

заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового. Я также проинформирован(а) о следующем:

- после лечения с наложением пломбы возможно появление болевых ощущений, при нарастании которых врач вынужден будет провести эндодонтическое лечение;
- обострение заболевания может возникнуть и в более отдаленные сроки, и это тоже приведет к эндодонтическому лечению;

При лечении корневых каналов возможны:

- ощущение дискомфорта после лечения, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор назначит препараты, если сочтет это нужным.
- имеется определенный процент (3-5%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба.
- во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, 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 (удаление) зуба.

При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:

- с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;
- с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорацией, поломки инструментов). При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии;
- возможна преждевременная утрата зуба в следствие прогрессирования заболевания пародонта, либо в следствие раскола корня зуба при повышенной механической нагрузке на зуб.

Я также проинформирован(а) что в процессе терапевтического стоматологического лечения и после могут быть:

- негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения: прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов); нарушение общего состояния организма и др;

- под влиянием анестезии: отек мягких тканей; кровоизлияние в месте укола; снижение внимания; аллергические реакции: онемение губ, щек, языка которые могут продлиться от нескольких часов до нескольких недель;

- последствия приема анальгетиков и антибиотиков, а именно: аллергические реакции; изменение витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;

- увеличение объема препарирования и реставрации в связи с выявлением скрытых кариозных дефектов;

- возникновение самопроизвольных болей от термических раздражителей или при накусывании на реставрацию. в результате чего может потребоваться замена реставрации или эндодонтическое лечение зуба; воспаление десны вокруг зуба. ощущение дискомфорта;

- возникновение новых кариозных полостей на поверхностях зуба, ранее не подвергавшихся лечению, что не связано с выполненной реставрацией.

- обострение заболевания при наличии в анамнезе диагноза - «Герпес».

- образование подкожной эмфиземы во время просушивания зубов, десны, которая, как правило, разрешается самостоятельно без дополнительного лечения и полностью исчезает в течение 2-5 дней.

Я понимаю сущность медицинского вмешательства и уникальность растущего детского организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения и ответную реакцию организма ребенка. Я проинформирован(а), что при лечении молочных зубов имеются особенности, и есть большой риск перехода пораженных детских зубов из стадии кариеса в стадию пульпита и периодонтита.

Я понимаю, что лечение зуба с имеющейся внутренней или наружной резорбцией, является способом временно сохранить зуб, условным, и, в последствие, зуб с резорбцией может подлежать удалению.

Я знаю, что в большинстве случаев для того, чтобы провести лечение зуба, покрытого ортопедической конструкцией (например, коронкой), необходимо ее снять, а затем изготовить новую ортопедическую конструкцию.

Я знаю, что в случае восстановления зуба штифтовой конструкцией (анкерным или стекловолоконным штифтом, литой культевой вкладкой) имеется повышенный риск перелома корня зуба в случае несвоевременного протезирования зуба, либо при повышенной окклюзионной нагрузке при частичном отсутствии зубов, патологическом прикусе, бруксизме.

- в случае незавершенного лечения зуба (зуб под временной пломбой или временной коронкой или временным виниром) и при не соблюдении режима посещений и длительном ношении временных конструкций возможно развитие осложнений: кариозного процесса, болезней пульпы и периодонта, заболеваний пародонта, нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба;

- я понимаю, что результат моего лечения зависит, в том числе и от моего исходного состояния здоровья, а также анатомических особенностей моего организма;

- я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения и предупрежден(на) о необходимости прохождения контрольного осмотра через 6 месяцев.

- мне известно, что при нанесении на зубы проволочной шины или шины из стекловолокна возможна множественная коррекция, что является конструктивной особенностью данного лечения.

Я информирован(а), что существуют лицевые (орофациальные) боли, причиной которых могут быть заболевания опорно-двигательной системы, нервной системы, а также психосоматические причины. Подобные расстройства должны лечиться у специалистов разного профиля: стоматолог, лор-врач, челюстно-лицевой хирург, невролог, мануальный терапевт, физиотерапевт, врач по лечебной физкультуре, психиатр. Возможны проявления атипичной лицевой боли не поддающейся лечению.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Я понимаю, что мне не было дано каких-либо гарантий по поводу моего излечения, а гарантировано лишь то, что все необходимые и согласованные со мной лечебные манипуляции будут выполнены в соответствии с существующими стандартами и требованиями. Гарантия определяется на восстановление коронковой части зуба индивидуально в зависимости от исходного состояния зуба.

Эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя гарантировать, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем, если зуб не будет покрыт коронкой.

Я понимаю и согласен, что клиника не может нести ответственность за качество ранее проведенного лечения в других медицинских учреждениях и возникновение медицинских осложнений, связанных с обострением уже имеющихся хронических воспалительных процессов при перелечивании таких зубов.

Я понимаю, что претензии по эстетике, форме и цвету реставрации (виниры, вкладки, накладки) я могу предъявлять в период до фиксации реставрации. После того, как я поставлю свою роспись в акте выполненных работ о том, что претензий к эстетике реставрации, форме и цвету не имею и разрешаю постоянную фиксацию ортопедической конструкции, все коррекции по форме и цвету будут осуществляться за мой счет.

Мне названы и со мной согласованы:

-цель лечения;

-технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

-сроки проведения лечения.

-информированное добровольное согласие действует 1 (один) год с момента подписания.

Я предупрежден(а) о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций, режима приема лекарственных препаратов, неявка в назначенное время на этапы лечения, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я понимаю, что если после пломбирования и окончания действия анестезии пломба мешает смыканию зубов, то необходимо в ближайшее время обратиться к лечащему врачу.

Факторами, препятствующими лечению, могут быть:

- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;

- сопутствующие заболевания, отягощающие лечение;

- неадекватное психоэмоциональное состояние пациента перед лечением;

- острые поражения слизистой оболочки рта и красной каймы губ;

- острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;

- угрожающие жизни острые состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения), развившиеся менее чем за 6 мес. до момента обращения за данной стоматологической помощью;

- заболевания тканей пародонта в стадии обострения;

- неудовлетворительное гигиеническое состояние рта;

- отказ от лечения.

**Общими рекомендациями являются:** при реставрации с использованием композитных материалов в течение 2-х суток ограничить употребление интенсивных пищевых красителей (чай, кофе, красное вино и др.), ограничение курения; в течение 2-х суток ограничить употребление твердой и вязкой пищи.

Мне разъяснена необходимость как во время лечения, так и после его окончания приходить на назначенные врачом контрольные осмотры и профилактические мероприятия 1 раз в 6 месяцев, соблюдать гигиену полости рта. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я согласен(на) с тем, что итоговый результат лечения может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные пломбы эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций. Я осознаю риск, связанный с применением анестезии и медицинских препаратов. Я понимаю, что в моих интересах начать предложенное мне лечение.

Я понимаю, что соблюдение технологии не всегда позволяет избежать воспалительных процессов в зубе из-за индивидуальных особенностей течения воспалительного процесса и состояния здоровья зуба.

Я даю согласие на фотографирование моего лица (подопечного) и зубных рядов при оказании медицинских услуг при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, понимая, что эти фотографии являются собственностью клиники. Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки.

Я согласен(а) и разрешаю Клинике, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении или лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных, образовательных и маркетинговых целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, в том числе на страницах социальных сетей и сайте Клиники.

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 лечению. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от процедуры, либо дать свое согласие.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство - **ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ** стоматологическое лечение на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно в присутствии врача.

Потребитель \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ ) {ТекущаяДатаПолная} г.  
(ФИО гражданина или законного представителя) подпись

Врач \_\_\_\_\_ ({{Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}})