

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

Терапевтическое лечение 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 _____,
(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе _____,
и необходимости проведения лечения зубов в соответствии с планом лечения:

Дата	Наименование услуги, номера зубов	ФИО подпись пациента

Диагностическое препарирование зуба. Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что кариозное поражение, в том числе под имеющейся ранее установленной пломбой, которое кажется небольшим, в действительности может при обработке зуба (препарировании) оказаться значительной полостью, и, следовательно, потребуются одно из следующих манипуляций: лечение корневых каналов (депульпирование), реставрация (восстановление) значительной части зуба, постановка коронки или вкладки, в зависимости от конкретной клинической ситуации. Я понимаю, что стоимость дальнейшего лечения зависит от того, какой метод лечения будет применен. Я соглашаюсь с тем, что до начала лечения (до начала диагностического препарирования) невозможно прогнозировать наиболее подходящий метод дальнейшего лечения и его стоимость. Я соглашаюсь с тем, что в случае моего несогласования дальнейшего лечения зуба (после завершения диагностического препарирования, установления точного диагноза и предложения мне вариантов дальнейшего лечения), и моего отказа от продолжения лечения (завершения лечения после окончания диагностического препарирования), в зубе может развиваться воспалительный процесс, что повлечет ухудшение состояния моего здоровья, осложнение заболевания зуба (пульпит, периодонтит, раскол корня зуба, необходимость в удалении зуба), что потребует дополнительного лечения на платной основе. Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на диагностическое препарирование, которые составляют каждый равным один час после завершения препарирования. При завершении лечения, гарантии устанавливаются на общих основаниях.

Лечение кариеса: я понимаю, что кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может при обработке зуба оказаться значительной полостью, и, следовательно, потребуются реставрация (восстановление) значительной части зуба или постановка коронки или вкладки (при необходимости). Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой пломбировочный материал будет мной выбран и от размера пораженного участка зуба (зубов). Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, в том числе об удалении пораженного зуба. Я осведомлен(а), что в случае отказа от данного лечения, возникает прогрессирование кариеса, развитие его осложнений, в том числе воспаление пульпы, периодонтит, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов); нарушение общего состояния зубов.

Я соглашаюсь с тем, что сложно поставить точный диагноз (глубокий кариес или пульпит?) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству. Окончательное решение лечения врач может принять только после того, как проведёт препарирование и удалит весь размягчённый дентин из полости зуба. При этом возможны два варианта лечения:

1. Наложение лечебной прокладки с последующим пломбированием зуба (1-2 посещения).
2. Эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба) с последующим пломбированием (1 - 4 посещения).

Я соглашаюсь с тем, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет возможен.

Я соглашаюсь с тем, что во время, и после лечения могут возникнуть признаки пульпита:

- после лечения с наложением лечебной прокладки возможно появление болевых ощущений, при нарастании которых необходимо будет провести эндодонтическое лечение;
- обострение заболевания может возникнуть и в более отдалённые сроки, и это тоже приведёт к эндодонтическому лечению;

Я соглашаюсь с тем, что при большой кариозной полости и моем отказе от вкладки или коронки, возможен раскол зуба при надкусывании, что повлечет необходимость удаления зуба с дальнейшим протезированием.

Я соглашаюсь с тем, что после качественного лечения кариеса, в зубе, в том числе депульпированном, могут возникать новые кариозные поражения, в том числе в области постановки пломбы.

Я соглашаюсь с тем, что в случае возникновения нежелательных явлений и осложнений при лечении кариеса, в т.ч. вышеуказанных, о которых я информирован в настоящем документе, а также заболеваний, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость дополнительного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я соглашаюсь с возникновением **постпломбировочных болей**: после лечения кариеса, особенно глубокого, в норме небольшая боль может возникать при нажатии на пломбу, при попадании твердого кусочка пищи на зуб во время еды, при проведении по пломбе ногтем или зубочисткой, контрастных температур (горячее после холодного и наоборот, особенно при постановки пломбы в пришеечной части зуба (около десны)). Болевые ощущения возникают, так как дно кариозной полости находится близко к «нерву» зуба, и поставленная пломба при нажатии на нее передает давление на пульпу зуба. Со временем эти болевые ощущения уменьшатся, т.к. пульпа зуба выработает защитный слой дентина и «отгородится» от пломбы. Мне понятно, что **неприятные ощущения могут сохраняться до нескольких месяцев**, что не является признаком осложнения и необходимости перелечивания (депульпирования) зуба. Также может быть небольшая тупая боль в зубе, как индивидуальная реакция зуба на вмешательство (механическую обработку зуба борами, медикаментозную обработку антисептиками, «засвечивание» пломбы лампой), длящаяся не дольше 7-14 дней. Мне понятно, что при возникновении острой, самопроизвольной (беспричинной) ноющей боли, особенно по ночам, мне следует срочно обратиться к врачу для обследования и, возможно, лечения!

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Лечение некариозных поражений зубов: Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, и отказываюсь от постановки микропротезных накладок (виниров) или протезирования зубов. Я осведомлен(а), что в случае отказа от данного лечения, может возникать прогрессирование заболевания, развитие его осложнений, в том числе появление либо нарастание болевых ощущений, развитие кариеса, перелом коронки зуба.

Я соглашаюсь с тем, что во время, и после лечения возможно появление болевых ощущений, при нарастании которых необходимо будет провести эндодонтическое лечение;

Я соглашаюсь с тем, что при большой глубине поражения и моем отказе от коронки, возможен перелом зуба при надкусывании, что повлечет необходимость дальнейшего протезирования зуба.

Я соглашаюсь с тем, что после качественного пломбирования поражения, могут возникать новые некариозные поражения, а также кариозные поражения, в том числе в области постановки пломбы.

Я понимаю, что удержание пломбировочного материала в области шейки зуба значительно меньше, в сравнении с другими областями коронки зуба, поэтому соглашаюсь с тем, что пломбировочный материал может выпадать, что потребует повторного пломбирования за дополнительную стоимость после истечения гарантийного срока.

Я соглашаюсь с тем, что в случае возникновения нежелательных явлений и осложнений, в т.ч. вышеуказанных, о которых я информирован в настоящем документе, а также заболеваний, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость дополнительного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Мне понятно, что реставрация зуба в области некариозного поражения является сложной процедурой, поскольку очень сложно повторить цвет, форму, структуру поверхности и индивидуальные особенности 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.

Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для удаления возбудителей инфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата. Положительный результат эндодонтического лечения заключается в исчезновении воспаления на верхушке корня и проявляется в период от 3-х до 12-ти месяцев.

Последствием отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются: удаление поражённого зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

Хотя эндодонтическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Я соглашаюсь с риском возникновения нижеперечисленных последствий, которые могут возникнуть как во время лечения корневых каналов, так и после его окончания:

1. имеется определенный процент (5 - 10 %) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать перелечивания корневых каналов в будущем, хирургического вмешательства в области корней зуба и даже удаления зуба;

2. ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты;
3. во время лечения корневых каналов, особенно искривленных, возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала; инструмент может перфорировать стенку корня, что может повлечь необходимость применения лечебных манипуляций, вплоть до удаления зуба; в результате акта глотания возможно проглатывание инструмента (эндодонтических файлов), что потребует неотложного лечения;
4. при лечении корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного протеза, при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции, возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом возможно её необратимое повреждение). Также при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти раскол или перелом самого зуба, что может привести к его удалению и необходимости нового протезирования.
5. при плохой проходимостью корневых каналов из-за их сильной кальцификации, возможно возникновение перфорации гайморовой пазухи, поломки инструментов и перелома корня, что потребует соответствующего лечения, в том числе удаления зуба и необходимости протезирования.
6. при успешном завершении эндодонтического лечения существует вероятность кариозного разрушения или перелома зуба в будущем.

Я соглашаюсь с тем, что **при перелечивании** корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается (вероятность вышеперечисленных осложнений увеличивается), значителен риск невозможности удаления старой корневой пломбы или металлического штифта из корневого канала, в том числе увеличивается вероятность возникновения перфорации гайморовой пазухи, поломки инструментов и перелома корня, что потребует соответствующего лечения за дополнительную плату, в том числе удаления зуба и необходимости протезирования.

Я соглашаюсь с тем, что при перелечивании каналов корней зуба (повторное эндодонтическое лечение) гарантийные обязательства (гарантийный срок и срок службы) на услуги по эндодонтическому лечению, равно как и на услуги по протезированию с опорой на перелеченный зуб, устанавливаются равными каждый 1 неделе.

Я соглашаюсь, что качественным лечением корневых каналов служит снятие болевого синдрома, качественная медикаментозная и инструментальная обработка всех корневых каналов зуба, качественно запломбированные корневые каналы соответствующего зуба, проконтролированные рентгенологическим исследованием (визиография или компьютерная томография), где пломбировочный материал должен полностью без пор заполнять весь объем корневого канала по длине и ширине.

Я соглашаюсь с необходимостью обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения, в противном случае возможно потерять зуб, либо потребуются повторное лечение корневых каналов.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, возможно, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).

Депульпирование зубов под коронки: Я соглашаюсь с тем, что необходимо взять под опоры ортопедической конструкции зуб(ы), что согласованно со мной и указано в Комплексном плане лечения.

Мне понятно, что для этого необходимо на вышеуказанном зубе(ах) провести эндодонтическое лечение (удаление сосудисто-нервного пучка корней зуба и пломбирование корневых каналов) зуба(ов).

Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для удаления сосудисто-нервного пучка корней зуба, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата. В результате зуб становится неживым, но продолжает выполнять свои функции длительный период времени.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Врач понятно объяснил мне, в чем будет заключаться предложенное лечение, поэтому я соглашаюсь с тем, что возможны последствия, которые могут возникнуть как во время лечения корневых каналов, так и после его окончания, а именно:

7. в редких случаях имеется определенный процент неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, хирургического вмешательства в области корней зуба и даже удаления зуба.
8. ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты;
9. во время лечения корневых каналов, особенно искривленных, 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 зуба или вызвать необходимость применения других манипуляций;

Консервативное лечение парадонтита: пародонтологическое лечение имеет своей целью устранение очагов инфекции в полости рта с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма. В ходе лечения могут быть использованы:

1. консервативные методы: (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, закрытый кюретаж зубодесневых карманов, PRP-терапия (инъекционное введение фибриновой массы в слизистую оболочку десны состоит в заборе собственной венозной крови и разделении её на составляющие посредством процесса центрифугирования для выделения тромбоцитов в плазменной фракции и дальнейшем введении её в десну).
2. хирургические методы (открытый кюретаж зубодесневых карманов - лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны),
3. ортодонтические и ортопедические методы (шинирование, протезирование).

Альтернативой данного лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов), отказ от лечения как такового.

Я соглашаюсь с тем, что во время лечения могут возникнуть:

- болевые ощущения в период после лечения;
- сохранение припухлости мягких тканей;
- повышение температуры тела и наличие симптомов интоксикации;
- ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
- обнажение шеек зубов и изменение рельефа десневого края;
- увеличение подвижности зубов;
- повышение чувствительности зубов.

Мне понятно, что целью консервативного пародонтологического лечения является борьба с инфекцией путем тщательного механического удаления над- и поддесневых микробных отложений путем над- и поддесневого скейлинга и полировки корня (Вектор- терапия), а также сопутствующей антимикробной терапии при наличии к этому показаний.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов), а также системные проявления заболевания.

Альтернативой данного лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов), отказ от лечения как такового.

Я соглашаюсь с тем, что во время лечения пародонтита могут возникнуть:

- болевые ощущения в период после лечения;
- сохранение припухлости мягких тканей;
- повышение температуры тела и наличие симптомов интоксикации;
- ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
- обнажение шеек зубов и изменение рельефа десневого края;
- увеличение подвижности зубов;
- повышение чувствительности зубов.

Хотя пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Поэтому я соглашаюсь с тем, что в результате лечения возможно отсутствие положительного эффекта в динамике заболевания.

Профгигиена зубов: я соглашаюсь на оказание мне серии манипуляций по профессиональной гигиене зубов, которая включает в себя контролируемую чистку зубов, удаление зубных отложений ультразвуковым методом шлифовку и полирование зубов, наложение лечебной пасты (флюоризацию).

Мне были даны подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и альтернативных методах лечения, направленных на гигиену зубов и десен. Меня предупредили, что в случае чувствительности зубов и десен необходимо проведение обезболивания до проведения процедур.

Я соглашаюсь с тем, что при проведении лечебных манипуляций возможны дискомфортные ощущения во рту и болезненность самих процедур, небольшая кровоточивость, вызванные исходным состоянием десен.

Я соглашаюсь с тем, что после процедур возможно возникновение следующих явлений, которые проходят самостоятельно в срок от нескольких часов до нескольких дней:

- повышенная чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям;
- отек (припухлость) и кровоточивость десны и мягких тканей;
- растрескивание уголков рта вследствие их натяжения во время манипуляций.

Я соглашаюсь с тем, что во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука или аппарата Air-Flow существует вероятность выпадения дефектных пломб (с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов), появление или усиление подвижности зубов, обнажение корней зуба, что потребует соответствующего лечения.

Я понимаю, что профессиональную гигиену необходимо выполнять два раза в год, при этом самостоятельно чистить зубы не менее трех раз в день.

Реставрация зуба с риском выпадения пломбы и раскола корня зуба: Возможными вариантами лечения являются пломбирование зуба (реставрация) или ортопедическое лечение зуба. Врач информировал меня о том, что мне показано ортопедическое лечение зуба путем изготовления специальной вкладки в полость зуба

с последующей фиксации на ней коронки. Отказываясь от рекомендованного мне врачом лечения в пользу пломбирования зуба, я понимаю, что мне придется очень бережно относиться к зубу из-за высокого риска раскола зуба при жевании на нем твердой пищей, выпадения пломбы, поэтому я соглашаюсь с вероятностью выпадения пломбы, раскола зуба, возможного удаления зуба и других осложнений, которые не связаны с надлежащим оказанием услуг по лечению зуба и будут лечиться за отдельную стоимость, поэтому я обязуюсь не предъявлять претензий к Исполнителю в случае их возникновения.

Понимая все вышеуказанное, я добровольно соглашаюсь на установление гарантийного срока по лечению (реставрации) данного зуба, равному один день.

Терапевтические виниры – это пломбирование передней поверхности зубов композитным светоотверждаемым материалом. Изготавливаются виниры следующим образом: под анестезией производится шлифовка эмали на передней поверхности зуба, медикаментозная обработка поверхности, протравливание эмали кислотой для её обезжиривания и лучшей адгезии (прилипания) пломбировочного материала винира. Затем врач послойно наносит пломбировочный материал, комбинируя различные цвета. Каждый слой при этом засвечивается полимеризационной лампой. Терапевтическая реставрация зуба виниром проводится за одно посещение и занимает около часа на один зуб. 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, цвет зубов с реставрацией может отличаться от естественных зубов, не леченных ранее.

Мне понятно, что реставрация зуба при помощи винира 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.

Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, и отказываюсь от возможных альтернативных вариантов эстетической реставрации: покрытие зуба металлокерамической коронкой, безметалловой керамикой, виниром Е-тах, которые являются более долговечными конструкциями.

Мне разъяснена необходимость применения 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 минут 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 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, 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 осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков или антибиотиков.

Я проинформирован(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

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 информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь с тем, что ожидаемый мной положительный 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 на лечение и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь права на гарантию.

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

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

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять об объеме и стоимости оказанных услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента и понимаю, что его подписание влечет правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для осуществления эндодонтического лечения (лечение корневых каналов) на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ /
(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ /