**Приложение к медицинской карте № \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (основание ст. 20** [**Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации")**](http://base.garant.ru/12191967/)

 «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

## Добровольное информированное согласие на удаление зубных отложений)

##  Даю добровольное информированное согласие на предложенное мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинское вмешательство.

 Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО пациента, либо законного представителя),

соглашаюсь с тем, что лечение пациенту\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительном падеже)

будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_и другие врачи Исполнителя,

 1. Лечащий врач после проведенной диагностики обосновал необходимость проведения терапевтического лечения зубов и удаления зубных отложений, а так же последствия отказа от лечения и рекомендованного метода лечения и восстановления зубов. Последствиями отказа могут быть: прогрессирование кариозного процесса; поражение пульпы и периодонта зуба; образование кисты; появление либо нарастание болевых ощущений; воспаление тканей пародонта; ухудшение эстетики; перелом коронки зуба при отказе рекомендованного метода его восстановления; потеря зуба; прогрессирование зубо-альвеолярных деформаций; нарушение функции речи, жевания; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

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

 3. Я информирован(а) о принципах лечения зубов, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: устранение факторов, обусловливающих процесс разрушения тканей зуба; предупреждение дальнейшего развития пато­логического кариозного процесса; сохранение и восстановление анатомической формы и функции зуба; предупреждение развития патологических процессов и осложнений.

 4. Я информирован(а), что наличие зубных отложений приводит к воспалению тканей пародонта, оголению корней зубов, подвижности зубов, нарушению эстетики. Удаление зубных отложений проводится ручным и аппаратным способом (аппараты Vector, Air Flow).

 5. 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 0,2-0,4 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.

 6. Я информирован(а), что в случае разрушения более 50% твердых тканей зуба, композитная реставрация при световом отверждении дает усадку слишком большой силы, что может привести к отлому оставшихся тонких стенок зуба или к отрыву реставрации от стенок зуба (микротрещины), которая впоследствии приводит к нарушению герметизации пломбы и рецидиву кариеса в недалеком будущем. Композитная реставрация также неэффективна в случае разрушения зуба на уровне десны или под десной в связи с подтеканием десневой жидкости, нарушающей технологию постановки пломбы. В этих случаях методом выбора является изготовления непрямой реставрации из композита или керамики в лаборатории. При этом методе реставрация затвердевает в идеальных условиях с соблюдением технологии и дает усадку до постановки в рот, а не во рту пациента, и, следовательно, не давит на стенки оставшегося зуба, сберегая их, и идеально прилегает к зубу, в том числе в поддесневой области.

 7. 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.

 8. 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 нем и такая рекомендации врача в предварительном плане лечения нужна для получения наилучшего результата. Также я информирован(а), что наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза является сохранение жизнеспособности пульпы. В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба с ранее имевшейся в нем кариозной полостью или глубоком клиновидном дефекте, стираемости, существует риск воспаления пульпы зуба и (или) развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня зуба как в процессе, так и после постановки постоянной пломбы.

 9. Я информирован(а), о том, что эндодонтическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, при этом она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии или даже удаления зуба.

 10. Я информирован(а), что 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 (перфораций, поломки инструментов). Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтического лечения.

 11. Я информирован(а), о том, что при необходимости лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом, может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо возникнет необходимость снятия всей ортопедической конструкции, при этом также возможно ее необратимое повреждение. Также, при снятии ортопедической конструкции может произойти перелом зубов, и возникнет необходимость его удаления.

 12. Я информирован(а) о возможных осложнениях, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно: поломка эндодонтических инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала; инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба. При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня.

 13.Я информирован(а) обо всех возможных временных последствиях эндодонтического лечения: ощущение дискомфорта, незначительные болевые ощущения, боли при накусывании на зуб, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней; отечность десны в области зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней. Даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

 14. Я информирован(а) о необходимости восстановления зуба коронкой после проведения эндодонтического лечения. В противном случае последнее может потерпеть неудачу, что может стать причиной потери зуба. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического обследования с целью постановки диагноза и контроля качества эндодонтического лечения в процессе лечения и в будущем.

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

 16. Я понимаю 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.

 17. 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 лечащего врача. Я проинформировал(а) врача обо всех жалобах, индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе аллергического характера, 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.

 18. В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

 19. 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 врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

 20. Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных. Я согласен(а) и разрешаю врачу, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем 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 персональных данных.

 21. 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.

 22. Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа 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.

 23. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет 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 лечения, либо дать свое согласие.

 24. Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/.

(или подпись его законного представителя)

Подпись врача:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/.