Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство
(терапевтическое лечение кариеса и некариозных заболеваний (поражений) твёрдых тканей зуба(-ов))

Я,_____
Ф.И.О. пациента

в соответствии с требованиями ст.20 Федерального закона « Об основах охраны здоровья граждан в РФ», даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в АУЗ УР «РСП МЗ УР» терапевтическое лечение кариеса и некариозных заболеваний (поражений) твёрдых тканей зуба(-ов)_____

Лечащим врачом в доступной для меня форме мне разъяснены:

Цели оказания медицинской помощи:

лечение кариеса проводится для сохранения пораженного зуба, восстановления анатомической формы зуба, устранения нарушения процесса жевания и предупреждения дальнейшего развития патологического кариозного процесса.

Методы оказания медицинской помощи:

лечение кариеса может проводиться под местной анестезией, путём удаления пораженных твердых тканей зуба с использованием бормашины и боров, с последующим восстановлением анатомической формы зуба пломбировочными материалами.

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

Связанный с методом риск.

В процессе лечения и после лечения возможны следующие осложнения:

– аллергическая реакция;
– скол стенки зуба;
– боль после пломбирования от температурных раздражителей, при накусывании на зуб;
– выпадение пломбы;
– при лечении глубокого кариеса не исключена вероятность в дальнейшем эндодонтического лечения;
– растрескивание уголков рта;
– временный дискомфорт в области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц;
– иное указать_____
_____

Возможные варианты медицинского вмешательства:

в зависимости от локализации и величины поражения кариозным процессом тканей зуба возможно восстановление анатомической формы зуба различными пломбировочными материалами: композитами химического, светового отверждения, стеклоиномерными цементами, временной пломбой.

– кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, может оказаться больше, а следовательно увеличиться площадь удаления пораженных твердых тканей зуба, а также объем его восстановления (пломбирования);
– кариозное поражение, которое кажется небольшим, может при обработке твердых тканей зуба оказаться значительной полостью,

следовательно, может потребоваться реставрация или восстановление методом протезирования (коронка);

– при значительном разрушении коронки зуба могут потребоваться реставрация коронки или ортопедические методы лечения (вкладки, коронки).

Альтернативные варианты: удаление пораженного зуба; отсутствие лечения как такового.

Последствиями отказа от предложенного лечения могут быть : прогрессирование кариозного процесса, поражение пульпы и периодонта зуба, образование кисты, появление,либо нарастание болевых ощущений, ухудшение эстетики, перелом коронки зуба при отказе от рекомендованного метода его восстановления, потеря зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, нарушение функции речи, жевания, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология и т.д.

Предполагаемый результат оказания медицинской помощи:

Восстановление анатомической формы и функции зуба.

Я информирован(-а) о необходимости строго следовать этапам лечения, важности соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также необходимости полного восстановления целостности зубных с помощью ортопедических конструкций, эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, добросовестного выполнения всех рекомендаций медицинского работника.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я согласен(-на) с тем ,что итоговый результат лечения может отличаться от ожидаемого мною результата и ,что искусственные пломбы эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Лечащим врачом даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

Дата оформления информированного добровольного согласия: «_____»_____ 20___ г.

Пациент : _____ /_____

(подпись) (расшифровка)

Лечащий врач: _____/_____

(подпись) (расшифровка)

Я даю информированное добровольное согласие по форме и содержанию, подписанного мною ранее - _____ на предложенное мне медицинское(-ие) вмешательство(-а):терапевтическое лечение кариеса и некариозных заболеваний (поражений) твёрдых тканей следующих зубов:

Дата	Номер зуба (ВОЗ)	Поверхность	Диагноз (МКБ-10)	Ф.И.О. и подпись лечащего врача	подпись пациента