

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА, РЕСТАВРАЦИЮ ЗУБОВ ПЛОМБИРОВОЧНЫМ МАТЕРИАЛОМ

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Основами законодательства РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан» и Федеральным законом от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

Я, _____,

соглашаюсь с тем, что лечение кариеса, реставрацию зубов пломбировочным материалом, будет проводить врач-стоматолог _____ и другие врачи Клиники ООО «АрктикДент», медицинская лицензия, ЛО41-01019-24/00142049, выданная Министерством Здравоохранения Красноярского Края 12 апреля 2022 года.

Мне в доступной для меня форме сообщена информация о проведении восстановления зуба(ов).

Кариес представляет собой прогрессирующий дефект твердых тканей зуба, вызываемый действием бактерий зубного налета и продуктов их жизнедеятельности. Целью стоматологического лечения глубокого кариеса является устранение имеющегося заболевания, сохранение жизнеспособности зуба, предупреждение развития осложнений кариеса, восстановление функциональной и эстетической формы зуба, в том числе формы десневого края. Стоматологическое терапевтическое лечение глубокого кариеса осуществляется при наличии клинических показаний, является комплексным и может быть проведено в одно или несколько посещений, поскольку перед завершением лечения необходимо остановить процесс распространения кариеса. В случае выявления в процессе лечения осложнений кариеса - пульпита или периодонтита, объем медицинского вмешательства расширяется до эндодонтического лечения.

Основным методом стоматологического лечения глубокого кариеса является пломбирование зубов путём реставрации коронковой части зуба пломбировочным материалом. Терапевтическое стоматологическое лечение при этом состоит в клинической диагностике, включающей осмотр полости рта с целью оценки состояния зубов, проведение рентгенологического исследования зубочелюстной системы, удалении зубных отложений с зубов, подлежащих лечению и расположенных рядом, дальнейшей обработке кариозной полости с препарированием пораженных тканей зуба. В случае, когда кариозная полость является глубокой, граничащей с полостью зуба, возможно применение биологического

метода лечения кариеса, заключающегося в пломбировании зуба временным лечебным пломбировочным материалом в первое посещение и наложение постоянного пломбировочного материала во время второго посещения через 3-6 месяцев. При возникновении, впоследствии, болевых ощущений может потребоваться эндодонтическое (внутриканальное) лечение. В ходе лечения, вследствие расширения клинических показаний, может потребоваться изменение плана и объема лечения, а именно: вскрытие полости зуба, неотложное лечение корневых каналов, постановка девитализирующей пасты, депульпирование, восстановление коронками, вкладками и проч., удаление зуба. Кроме того, возможно, потребуются лечение десен в случае, когда повреждение затрагивало десневой край. В этом случае необходимо проведение тщательных гигиенических процедур околозубного пространства.

В ходе стоматологического терапевтического лечения кариеса возможно возникновение следующих осложнений, не являющихся недостатками оказания медицинской услуги: возникновение стоматита, механическое повреждение слизистой оболочки, аллергическая реакция на применяемые при пломбировании канала материалы, временное повышение чувствительности пролеченного

зуба, появление болевых ощущений при лечении биологическим методом, что потребует дополнительного лечения корневых каналов зуба, появление трещин и отломков стенок зуба вследствие особенностей применяемых пломбировочных материалов, возникновение воспалительной реакции десневого края, требующей дополнительных способов лечения, в том числе полоскания. В случае сохранения неприятных ощущений необходимо обращение к врачу-стоматологу. В случае отказа от лечения кариеса возможно появление сильной зубной боли, повышение температуры тела, развитие осложнений кариеса - пульпита (воспаления сосудисто-нервного пучка зуба) с гангренозным воспалением и поражением

корня зуба, пародонтита (воспаления окружающих зуб тканей с поражением кости), требующих эндодонтического лечения, образование в области зуба и десны кист и гранул, появление свищевых ходов, а также удаление зуба, развитие иных патологий зубочелюстной системы, появление неприятного запаха изо рта и (или) эстетических дефектов. С целью сохранения положительного эффекта проведенного лечения необходимо соблюдение врачебных рекомендаций, в том числе избегание чрезмерных механических, термических, химических воздействий на зубы, соблюдение тщательной гигиены ротовой полости. В случае постановки пломбы на депульпированный зуб необходимо в течение месяца покрыть его ортопедической конструкцией, иначе гарантия на лечение данного зуба утрачивается. Возможные негативные последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения: - прогрессирование заболевания; - появление, либо нарастание болевых ощущений; - перелом зуба(ов); - разрушение коронковой части зуба(ов); - потеря зуба (ов); - инфекционное поражение корневых каналов, воспаление корневых каналов и его возможные осложнения, воспаление периодонта с образованием гранул или кист, в ряде случаев требующее неоднократной лекарственной терапии и, при необходимости, оперативного удаления верхушки корня зуба и стенок кисты. На стоматологическом приеме и после него возможны следующие осложнения: - под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции; - после одонтопрепарирования витального зуба может возникнуть повышенная чувствительность ко всем температурным и химическим раздражителям и развиться пульпит - потребуются лечение каналов зуба (удаление

нерва); - рецессия участка десны, формирование зубодесневого кармана; - разрушение зуба, перелом зуба; - отёки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен; - ухудшение эстетического из-за отказа установить коронку(ки) или удалять зубы; - аллергическая реакция на материалы и препараты; - переломы и сколы зуба(ов); - изменение стоимости и(или) сроков лечения. Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен(а) с тем, какие могут возникнуть осложнения в случае отсутствия лечения или невыполнения этапов и сроков рекомендованного плана лечения: - дальнейшее снижение эффективности жевания, - ухудшение эстетики, нарушение функции речи, - прогрессирование заболеваний пародонта, - заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, - общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, неврологическая патология. Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу. Я соглашаюсь на проведение рентгенологических исследований в процессе лечения и после него и предоставляю лечащему врачу выбор метода, количество и временные сроки для исследований. 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 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. Необходимые условия для осуществления гарантии и достижения положительного результата лечения: - точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача, - последовательное выполнение пациентом всех этапов и сроков стоматологического лечения, рекомендованных врачом. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования: - ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма зубочелюстной системы; - консультация стоматолога(ов) и(или) специалистов иного профиля. Я понимаю, что успешное лечение возможно только при наличии данных компьютерной томографии. Это исследование необходимо выполнить до начала стоматологического лечения. Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Врач-стоматолог: _____ (_____) Пациент: _____ (_____)
(подпись) (подпись)

Дата _____