

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ПРЯМОЙ РЕСТАВРАЦИЕЙ (ПЛОМБИРОВАНИЕМ)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен с названными мне условиями его проведения.

Я, \_\_\_\_\_,  
соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач \_\_\_\_\_

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

**Лечение кариеса прямой реставрацией** заключается в удалении инфицированных твердых тканей зуба и последующем замещении дефекта пломбировочным материалом.

В процессе лечения допустимо уточнение диагноза, коррекция плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. В частности, кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования) и т.д. или потребуются эндодонтическое лечение.

**Мне сообщено и понятно**, что для лечения могут понадобиться дополнительные обследования, о чем меня уведомит врач, а именно:

- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля;
- консультация врача(ей)-стоматолога(ов) иного профиля;
- проведение обследования на аллергические реакции на используемые материалы;
- рентгенологические обследования.

Перед началом лечения рекомендовано предоставить врачу трехмерное рентгенологическое исследование 3D.

Я проинформировал врача о состоянии своего здоровья, обо всех случаях аллергии.

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

**Мне сообщены возможные альтернативные варианты лечения.**

**Я проинформирован:**

- **о возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения**, а именно:

прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов); нарушения общего состояния организма;

- **о возможных осложнениях под влиянием анестезии**, а именно: отек мягких тканей; кровоизлияние в месте проведения анестезии(сыпь, отек, мягких тканей, анафилактическому шоку); токсической реакции на обезболивающее вещество(тошноте, головокружению, кратковременной потере сознания, нарушению координации) снижение внимания; аллергические реакции.

- **о возможных последствиях приема анальгетиков и антибиотиков** (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;

- **о возможных осложнениях в процессе лечения**, а именно: вскрытие полости зуба с необходимостью проведения эндодонтического лечения; увеличение объема препарирования и реставрации в связи с выявлением скрытых кариозных дефектов;

- **о возможных осложнениях после лечения**, а именно: 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;

- **о возможности возникновения новых кариозных полостей** на поверхностях зуба, ранее не подвергавшихся лечению, что не связано с выполненной реставрацией.

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

**Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.** Средний гарантийный срок и средний срок службы составляют:

- на пломбирование светоотверждаемым композитом - 1 год и 3 года соответственно;
- на восстановление дефектов твердых тканей - 1 год и 3 года соответственно;
- на пломбирование компомером или стеклоиономеров - 1 год и 2 года соответственно;

Врачом могут быть установлены индивидуальные гарантийные сроки и сроки службы в зависимости от:

- клинической ситуации в полости рта;
- наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях;
- полноты выполнения плана лечения, рекомендованного врачом.

С учетом указанных обстоятельств гарантийные сроки и сроки службы могут быть уменьшены или увеличены по сравнению со средними, что фиксируется врачом в медицинской карте пациента.

**Мне названы и со мной согласованы:**

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. В случае повышения стоимости лечащий врач предупредит меня и обоснует это.

Я понимаю, что в ходе лечения может возникнуть необходимость дополнительного обследования, о чем меня уведомит врач.

Я обязуюсь выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача, в том числе снижение или потеря(отсутствие) гарантий.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я внимательно ознакомился и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись, ФИО полностью \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Я свидетельствую, что разъяснил пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего лечения, дал ответы на все вопросы.**

ФИО врача \_\_\_\_\_, подпись \_\_\_\_\_