

Согласно Постановлению № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, актуализированы 02 августа 2018 года с целью восстановления жевательной эффективности и целостности зубочелюстной системы в стоматологии применяются различные реставрационные методики:

ИРОПЗ - индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба

ИРОПЗ = Площадь «полость/пломба»: площадь жевательной поверхности

ИРОПЗ 20%-40% применяется метод пломбирования. После окончания эндодонтического лечения возможна постановка временной пломбы (повязки), если невозможно поставить постоянную пломбу в первое посещение или для предотвращения возможных осложнений. Постоянное пломбирование проводят в одно посещение.

При ИРОПЗ > 40% показано изготовление вкладок из металлов, из керамики или из композитных материалов.

При ИРОПЗ > 60%   показано изготовление искусственных коронок

При ИРОПЗ > 80% показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок.

Ознакомлен (а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (расшифровка) / «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ г.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (терапевтическая стоматология)**

Основание: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны Здоровья граждан в Российской Федерации»)

|  |
| --- |
| Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан:Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка, лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения) |

Я, (Ф.И.О полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
проинформирован(а) лечащим врачом медицинской организации ООО «Европейская стоматология, расположенному по адресу: 127566, г. Москва, вн.тер.г. Муниципальный Округ Отрадное, ул. Римского-Корсакова, д. 11, к. 4, пом. 12Н, о состоянии здоровья на момент моего обращения за медицинской помощью и получил(а) разъяснения по поводу диагноза (предварительного диагноза), об особенностях течения заболевания, вероятной длительности лечения, о предполагаемых методах лечения, примерной стоимости, о вероятном прогнозе заболевания. Мне предложен план обследования и лечения, даны полные разъяснения о характере, целях, продолжительности, возможных неблагоприятных эффектах диагностических процедур, а также о ходе их проведения. Мне разъяснено, что необходимо пройти обязательные диагностические исследования для назначения лечения, адекватного состоянию моего здоровья на настоящий момент. В процессе лечения могут проводиться дополнительные диагностические исследования, как для контроля лечения, так и для выявления сопутствующих патологий. Я полностью понимаю и отдаю себе отчет в том, что существует вероятность того, что во время осуществления основного плана лечения может выясниться необходимость в частичном или полном изменении данного плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее, риск при проведении лечения и возможные последствия.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (расшифровка) / «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ г.

1. **Размеры кариозной полости (в том числе и под старой пломбой) невозможно точно определить до ее раскрытия**. Соответственно, говорить точно об объёмах и методах восстановления разрушенного зуба (пломба, вкладка, коронка) можно будет только после полного удаления кариозных тканей. В некоторых случаях зубы, имеющие значительные поражения, не могут быть восстановлены и подлежат удалению. **При восстановлении эстетических показателей** врач руководствуется классическими параметрами формы зубов, но часто объективные клинические данные пациента (цвет и объём оставшейся зубной ткани реставрируемого зуба, цвет и форма рядом стоящих зубов, состояние прикуса и т.д.), **накладывают ограничения на достижение эстетического результата, ожидаемого пациентом**. **После постановки пломбы** в ходе лечения кариеса **возможен временный дискомфорт в зубе** (постоперативная чувствительность). **При постановке пломбы** в случае глубокого кариеса, в течение нескольких дней **может появиться боль в зубе**, если в пульпе уже есть необратимое воспаление, протекавшее до лечения бессимптомно. В этом случае потребуется эндодонтическое лечение зуба. **При лечении кариеса** **возможно вскрытие полости зуба**, если между ней и кариозной полостью ткани полностью размягчены инфекционным процессом. В этом случае потребуется эндодонтическое лечение зуба.

2. Имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба. **В случае лечения каналов зубов с периапикальной патологией** (гранулёма, киста) **можно говорить только об условном лечении без каких-либо гарантий**. **Во время лечения корневых каналов** **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 повлечь за собой потерю зуба.

3. При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано: – с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический или стекловолоконный штифт из корневого канала; – с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов). При лечении искривлённых корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии.

4. Если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъёмного или съёмного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба может произойти повреждение ортопедической конструкции (например, перелом коронки), либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно её необратимое повреждение). Также, **при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению**.

5. Даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя гарантировать, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем. **Доктор также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения** **ортопедическими конструкциями (накладки, вкладки, коронки),** в противном случае последнее может потерпеть неудачу (трещины, перелом, вывих), что может стать причиной потери зуба, либо потребовать перелечивания корневых каналов. Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба, а также системные проявления заболевания. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов), отсутствие лечения как такового. При отбеливании зубов невозможно оценить степень осветления зубов (зуба) до проведения курса отбеливания. Возможно, потребуется несколько курсов отбеливания для достижения желаемого результата. Для сохранения достигнутого результата необходимо периодически повторять курс отбеливания. Отбеливающий состав вызывает временное повышение чувствительности зубов.

6. Даю свое согласие на осуществление местной анестезии, мне ясны и понятны возможные риски и осложнения, связанные с местной анестезией: поломка иглы, боль и жжение при инъекции, длительная или постоянная парестезия, тризм, гематома, инфекция, отёк, повреждение и некроз тканей, парез лицевого нерва, системные, токсические, аллергические реакции (вплоть до анафилактического шока), травмирование мягких тканей щеки, языка, губы в результате накусывания во время действия анестезии при несоблюдении рекомендаций лечащего врача. Выбор анестезиологического препарата я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Я проинформирован(а) о необходимости соблюдения мной режима в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении моего самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов, например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.п. Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приёма препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых мною заболеваниях и имевших место осложнениях, заполнена мною лично, и содержащаяся в ней информация достоверна. Я проинформирована, что медицинская услуга относится к категории опасных, и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма. Мне разъяснены последствия моего отказа от медицинского вмешательства, в том числе течение заболевания.

Мне известно, что отказ от медицинского вмешательства в соответствии с действующим законодательством оформляется в медицинской документации и подписывается мною, а также медицинским работником.

|  |
| --- |
| Информация о состоянии моего здоровья может быть сообщена: Ф.И.О полностью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил(а) на них удовлетворительные ответы. Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

 Я разрешаю / не разрешаю (нужное подчеркнуть) использовать фотоотчет о своем заболевании и состоянии полости рта в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе, а также в портфолио врача и клиники.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (расшифровка) / «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ г.