

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

АДГЕЗИВНАЯ РЕСТАВРАЦИЯ

Настоящее Добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об Основах охраны здоровья граждан Российской Федерации, приказом МЗ РФ № 1051н от 12.11.2021. Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, _____, соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог _____.

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, (ФИО) _____, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка (ФИО, дата рождения) _____

или лица, признанного недееспособным (ФИО, дата рождения): _____

В исключительных случаях стоматологическая клиника оставляет за собой право произвести замену лечащего врача, предварительно уведомив меня об этом.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути адгезивной реставрации.

2.1. Данная процедура является методом выбора при переломе коронки постоянного зуба с незавершенным формированием корня и заключается в герметизации дентина зуба и защиты пульпы от инфекции.

2.2. Данный метод лечения может быть реализован за счет адгезивной фиксации собственного фрагмента зуба, прямой и непрямой композитной реставрации.

2.3. Преимуществом метода является сохранение всех тканей зуба, то есть минимальное вмешательство для увеличения шансов на сохранения живой пульпы (сосудисто-нервного органа в зубе, за счет клеток которого происходит рост и формирование зуба).

2.4. Так как реставрация осуществляется встык, граница реставрации может быть немного заметна при определенном освещении, поэтому если приоритетным требованием является эстетика, рекомендуется восстановлением с помощью полной облицовки - винира.

2.5. Альтернативными методами лечения являются - динамическое наблюдение, реставрация с помощью керамического винира.

2.6. Реставрация может сколоться при ударах твердыми предметами, поэтому не рекомендуется:

- открывать упаковки зубами;
- грызть семечки, леденцы, лед;
- откусывать от плодов с костью внутри (персик, слива),
- пить из стеклянной тары во время движения
- защищать зубы индивидуальной каппой при занятиях спортом.

Граница реставрации может окраситься со временем, поэтому необходимо регулярное полирование реставрации у стоматолога (раз в 8-12 месяцев).

2.7. Возможные осложнения, а именно: в различных ситуациях риск некроза (гибели) пульпы составляет от 4 до 30% и зависит в основном от тяжести травмы. Гибель пульпы может вызвать рассасывание корня (воспалительную резорбцию), которая приводит к потере зуба. Для своевременного назначения лечения необходимо регулярное обследование у стоматолога.

3. Мне сообщена и разъяснена врачом и принята информация, о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.
4. Мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов и соблюдение методик.
5. Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с доктором и записанному в истории болезни), соблюдать хорошую гигиену полости рта.
6. Я полностью понимаю сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что в моих интересах приступить к данному лечению.
7. Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. На все заданные вопросы я получил (а) понятные мне исчерпывающие ответы.
8. Я разрешаю (не разрешаю) использовать информацию о моем заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе.

Я принимаю решение приступить к процедуре на предложенных условиях

**Подпись законного представителя несовершеннолетнего пациента,
не достигшего 15 лет:** _____ / _____
(Мать, отец, опекун – нужное подчеркнуть) (Ф.И.О. полностью)

Подпись пациента: _____ / _____
(Ф.И.О. полностью)

Подпись врача: _____ / _____
(Ф.И.О. полностью)

« _____ » _____ 20__ г.
(дата подписи)

Для повторных обращений:

№ п.п.		Дата	Диагноз	Ф.И.О. врача, подпись	Ф.И.О. пациента, подпись
1	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
2	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
3	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			