

**Информированное добровольное согласие
на медицинское(-ие) вмешательство(-а) –
восстановление зуба(-ов) вкладкой(-ами) и/или виниром(-ами), и/или полукоронкой(-ами)
(основание: статья 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)**

Я, _____,

« ____ » _____ г. р., проживающий(-ая) по адресу: _____,

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

Я,	
(Ф.И.О. полностью)	
паспорт: _____,	выдан: _____
(серия, номер)	(орган, выдавший паспорт, и дата выдачи)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – нужное подчеркнуть) ребёнка или лица, признанного недееспособным:	
(Ф.И.О. ребёнка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)	

даю информированное добровольное согласие на предложенное(-ые) мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинское(-ие) вмешательство(-а), а именно: восстановление зуба(-ов) вкладкой(-ами) и/или виниром(-ами), и/или полукоронкой(-ами). номер(а) зуба(-ов) _____,
по поводу диагноза(-ов) _____
(диагноз(ы) по МКБ-10)

Медицинский работник

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

после выполненной диагностики и/или на этапе лечения кариеса зуба(-ов), и/или на этапе эндодонтического лечения зуба(-ов), и/или после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения зуба(-ов) обосновал необходимость восстановления коронки зуба(-ов) вкладкой(-ами) и/или виниром(-ами), и/или полукоронкой (-ами).

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемым(и) способом(-ами) восстановления коронки зуба(-ов) вкладкой(-ами) и/или виниром(-ами), и/или полукоронкой(-ами), и, в соответствии со своей волей, мог(ла) либо отказаться от него, либо дать своё согласие на восстановление коронки зуба(-ов) вкладкой(-ами) и/или виниром(-ами), и/или полукоронкой(-ами).

Последствиями отказа от восстановления коронки зуба(-ов) при лечении кариеса зуба(-ов) и/или после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения могут быть: ухудшение эстетики, перелом коронки зуба, потеря зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, нарушение функции речи и жевания, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология и т.д.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения (возможными вариантами медицинского вмешательства), которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех.

Я информирован(а) о том, что альтернативными методами восстановления коронки зуба(-ов) в моём случае (в случае лица, законным представителем которого я являюсь) являются: восстановление коронки зуба(-ов) пломбой(-ами), восстановления коронки зуба(-ов) искусственной(-ыми) коронкой(-ами), отсутствие восстановления коронки зуба(-ов) как такового.

В случае проведения обезболивания выбор анестезиологического пособия (анестетика и техники выполнения анестезии) 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.

Я информирован(а) о принципах, целях и методах оказания медицинской помощи, а именно восстановления зуба(-ов) вкладкой(-ами) и/или виниром(-ами), и/или полукоронкой(-ами), которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: восстановление анатомической формы и функции зуба(-ов); восстановление достаточной функциональной

способности зубочелюстной системы; предупреждение развития патологических процессов и осложнений; повышение качества жизни пациента; обеспечение эстетики зубного ряда; предупреждение или устранение негативных психоэмоциональных последствий, связанных с разрушением зуба(-ов) и т.д.

Я информирован(а) о том, что восстановление зуба(-ов) вкладкой(-ами) и/или виниром(-ами), и/или полукоронкой(-ами) осуществляется в несколько этапов, требующих неоднократного посещения медицинской организации и медицинского работника.

Я проинформирован(а) о том, что в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятии оттисков, коррективке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи.

Я информирован(а) о том, что вопрос о методе восстановления зуба(-ов) вкладкой(-ами) и/или виниром(-ами), и/или полукоронкой(-ами) при кариесе и /или после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения может решаться только после удаления всех некротизированных тканей зуба(-ов).

Я информирован(а) о том, что под винирами в целях данного информированное добровольное согласие следует понимать фасеточные облицовки, изготавливаемые на фронтальные зубы верхней и(или) нижней челюсти.

Я информирован(а) обо всех возможных временных последствиях восстановления зуба(-ов) вкладкой(-ами) и/или виниром(-ами), и/или полукоронкой(-ами):

- ощущение дискомфорта, незначительные болевые ощущения, боли при накусывании на зуб(ы), продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней;
- отёчность десны в области зуба(-ов) или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и т. д.

Я информирован(а) о том, что даже при успешном завершении восстановления зуба(-ов) вкладкой(-ами) и/или виниром(-ами), и/или полукоронкой(-ами), нельзя дать гарантии, что этот(-и) зуб(ы) не подвергнется (не подвергнутся) кариозному разрушению и перелому в будущем.

Я информирован(а) о возможных рисках и осложнениях восстановления зуба(-ов) вкладкой(-ами) и/или виниром(-ами), и/или полукоронкой(-ами), а именно о том, что в 10% случаев возможно развитие ятрогенных осложнений (появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, например, аллергических реакций и т.д.), а также, что в 10% случаев возможно развитие нового заболевания, связанного с основным (рецидив кариеса и/или его прогрессирование, поражение пульпы зуба(-ов), развитие деструктивных процессов в периапикальных тканях зуба(-ов), воспалительные процессы в тканях пародонта и т.д.).

Я информирован(а), о том, что выбор метода восстановления зуба при лечении кариеса и/или после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения (лечения корневых каналов зуба) зависит от ряда факторов, в том числе от индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ), который определяется после препарирования кариозной полости зуба. При показателях ИРОПЗ в пределах 0,2-0,4 применяется метод пломбирования. Для группы жевательных зубов при ИРОПЗ > 0,4 показано изготовление вкладок из металлов, из керамики или из композитных материалов. При ИРОПЗ > 0,6 показано изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ > 0,8 показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок.

Соглашаясь на восстановление зуба(-ов) вкладкой(-ами) и/или виниром(-ами), и/или полукоронкой(-ами), я понимаю, что вкладке(-ам) и/или виниру(-ам), и/или полукоронке(-ам) присуще отличие по форме, цвету и прозрачности от собственных зубов, а также от ортопедических конструкций (зубных протезов), присутствующих в полости рта, особенно при различном освещении.

Я обязуюсь приходить (обеспечивать приход лица, законным представителем которого я являюсь) на контрольные осмотры (по графику, обговорённому с медицинским работником и зафиксированному в медицинской документации), соблюдать гигиену полости рта.

Я информирован(а) о необходимости строго следовать этапам лечения, важности соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также о необходимости полного восстановления целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций (зубных протезов).

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций медицинского работника.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) медицинского работника обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма (организма лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе

аллергического характера, о наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемого восстановления зуба(-ов) вкладкой(-ами) и/или виниром(-ами), и/или полукоронкой(-ами). Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть при восстановлении зуба(-ов) вкладкой(-ами) и/или виниром(-ами), и/или полукоронкой(-ами), в результате применения лекарственных препаратов и медицинских изделий.

Я предоставил(а) медицинскому работнику точную историю моего физического и психического здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь). Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от медицинского работника указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля, динамического наблюдения и визитов в указанные сроки.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительных медицинских вмешательств, в том числе в экстренной форме, я даю согласие на оказание медицинских услуг (медицинской помощи) в том объеме, который определит медицинский работник.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные медицинские процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи стоматологического профиля любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я информирован(а) о предполагаемых результатах восстановления зуба(-ов) вкладкой(-ами) и/или виниром(-ами), и/или полукоронкой(-ами), а именно: изменение состояния моего здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь), осуществлённое путём профилактики и/или диагностики, и/или лечения, и/или медицинской реабилитации имеющегося(-ихся) у меня (у лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания(-ний) и/или состояния(-ний).

Я согласен(-на) на проведение медицинской фото- и видеосъёмки при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я согласен(-на) и разрешаю медицинскому работнику, в случае необходимости, опубликовать информацию о моём лечении (лечении лица, законным представителем которого я являюсь) в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению (лечению лица, законным представителем которого я являюсь).

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечёт за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от предложенного лечения, либо дать на него своё согласие.

Я информирован(а), что настоящий документ составлен на 3-х страницах и хранится в моей медицинской документации (медицинской документации лица, законным представителем которого я являюсь).

Дата оформления информированного добровольного согласия: « ____ » _____ 202__ г.

Пациент (законный представитель): _____ / _____
(подпись) (расшифровка)

Медицинский работник: _____ / _____
(подпись) (расшифровка)