# ЛИСТ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ КОМПОЗИТНЫХ

**РЕСТАВРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА И/ИЛИ ДЕФЕКТОВ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА (ОВ)**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина или его законного представителя. Данное **информированное добровольное согласие пациента на проведение композитных реставраций при лечении кариеса и/или дефектов твердых тканей зуба(ов),** является Приложением к медицинской карте стоматологического больного

03

*(указывается полностью ФИО пациента,*

*в случае несовершеннолетнего пациента еще и ФИО его законного представителя)*

ЦЕЛЬЮ КОМПОЗИТНОЙ РЕСТАВРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА И/ИЛИ ДЕФЕКТОВ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА (ОВ) ЯВЛЯЕТСЯ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЕГО УТРАЧЕННЫХ ТКАНЕЙ, А ТАКЖЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ.

В связи с тем, что в вашем случае имеет место существенное повреждение твердых тканей зуба/ нарушение прилегания и дефекты уже существующих реставраций зубов/ **на зубе(ах) №** **.** Показано закрытие дефектов пломбировочным материалом. Лечение разделено на несколько этапов, которые варьируются:

* Для планирования лечения иногда требуется рентген диагностика.
* Проводится тест на жизнеспособность пульпы.
* Определяется цвет будущей реставрации.
* Проводится местная анестезия.
* Удаление с помощью бормашины поврежденных тканей зуба, либо при необходимости удаление старой реставрации.
* Иногда необходима укладка ретракционной нити вокруг зуба.
* При глубоких полостях на дно наносится прокладка из материала, защищающего пульпу зуба.
* Если дефект распространяется на контактную поверхность зуба, то устанавливается матрица для восстановления правильной формы контакта между зубами, закрепляется с помощью клина.
* Подготовленная полость высушивается и наносится адгезивная система, обеспечивающая прочное сцепление пломбировочного материала с тканями зуба.
* Пломбировочный материал наносится послойно и полимеризуется (отверждается) светом.
* После удаляется матричная система, и реставрация шлифуется и полируется
* Реставрации на боковых поверхностях должны плотно прилегать к соседнему зубу так, чтобы могла проходить только зубная нить.
* При закрывании рта зубные ряды должны смыкаться равномерно. Ощущения должны быть комфортные.

***Альтернативные методы лечения:***

1. Цельнокерамические вкладки визуально малозаметны и обеспечивают хорошую изоляцию от температурных раздражителей. Однако они более дорогостоящие. Как правило лечение требует двух посещений, так как некоторые керамические вкладки изготавливаются в лаборатории. Керамика как материал гладкая и твердая, не дает усадку, не изменяется в цвете. Но, как и собственные зубы, керамическая вкладка может дать трещину, сколоться при повышенной нагрузке.
2. Полукоронки/коронки проще в подготовке, чем вкладки, зуб защищен от скола и способен воспринимать большую нагрузку. Однако, при препарировании зуба снимается много твердых тканей зуба, что оказывает негативное влияние на нерв.
3. Отсутствие лечения.

# Возможные побочные эффекты и осложнения:

*Наиболее часто встречающиеся симптомы:*

* возможная боль в зубе и окружающей десне;
* воспаление и кровоточивость десны, длительное при заболеваниях пародонта;
* гиперчувствительность зуба к температурным раздражителям, кислому, сладкому;
* боли при накусывании или жевании;
* сколы маленьких фрагментов реставраций;
* ощущение дискомфорта при накусывании в области данного зуба;
* истирание поверхностей реставрации со временем.

*Иногда встречающиеся симптомы:*

* незначительные сколы и изменение в цвете по краю реставрации, который становится виден;
* возможное развитие вторичного кариеса по краю реставрации, особенно при неудовлетворительной гигиене;
* воспаление и/или последующая гибель пульпы зуба (в случае лечения глубокого кариеса), которая была жива до лечения: при этом возникнет необходимость лечения корневых каналов.

Помимо вышеописанных рисков, могут существовать и иные риски, не упомянутые здесь.

*В вашем случае возможны следующие специфические риски:*

# Для достижения положительного результата лечения необходимо соблюдать следующие

**рекомендации:**

 Не забудьте проинформировать нас о своей истории болезни и имеющейся аллергической реакции. Настоящим Вы информируете нас о следующих своих заболеваниях и аллергических реакциях:



В случае появления дискомфорта, боли или каких-либо вопросов незамедлительно обратитесь к Вашему

лечащему врачу.

 Если постоянная пломба стала подвижна, сразу же обратитесь к Вашему лечащему врачу.

 Если поверхность реставрации теряет блеск, появляется пигментация, обратитесь к Вашему лечащему врачу для выяснения причин и полировки.

 Обязательным условием сохранения результатов данного лечения является строгое соблюдение правил ежедневной гигиены полости рта с применением средств и методов, предписанных врачом стоматологом. И регулярное, не реже двух раз в год (если не оговорены другие сроки) посещение врача-гигиениста стоматологического для проведения процедуры профессиональной гигиены полости рта.

 Необходимо регулярно делать рентгеновские снимки, чтобы проверять состояние реставраций и зуба в целом.

 Как и здоровые натуральные зубы, запломбированные зубы не должны подвергаться избыточной нагрузке, поэтому не рекомендуется жевать кости, откусывать твёрдые вещества, открывать зубами крышки бутылок и т.д.

# Последствия отказа от лечения:

В случае отказа от предложенного и альтернативных методов лечения возможны следующие риски:

* трещины в поврежденных зубах не могут быть очищены, задерживающаяся пища и бактерии могут вызывать неприятный запах изо рта и поддерживать воспаление десны;
* бактерии имеют прямой доступ к зубу при наличии кариозных полостей, либо дефектов пломб, вызывая как дальнейшее повреждение зуба, так и воспаление десны, образование патологических зубодесневых карманов в прилегающей десне;
* бактерии, глубоко проникающие в ткани зуба, а также продукты их жизнедеятельности могут привести к воспалению и повреждению нерва;
* возможны сколы стенок зубов; в некоторых случаях зуб уже не подлежит восстановлению и его необходимо удалить;
* острые края кариозной полости могут повредить язык и слизистую щеки;
* зубы и челюсти могут потерять необходимую поддержку, что вызовет их перемещение и проблемы/боль/повреждение в височно-нижнечелюстном суставе;
* снижается жевательная эффективность, что может привести к затруднению приема пищи и нарушениям деятельности пищеварительной системы.

# СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА:

Я прочитал(а) и понял(а) информацию, содержащуюся в информационной и документальной форме, в которой отражены основные сведения, полученные входе информационной консультации.

Во время консультации у меня была возможность задать все интересующие меня вопросы, например, о специфических рисках, возможных осложнениях и альтернативных методах лечения.

Лечащий врач дал полные и исчерпывающие ответы на мои вопросы.

Я проинформирован(а), что я могу отозвать свое согласие на данную процедуру в любое до начала лечения.

Мне было дано достаточно времени для принятия решения; мне больше не требуется дополнительное время для обдумывания решения.

# Настоящим я даю свое согласие на проведение предложенной(-ого/-ых) процедур(ы)/метода(ов) лечения. Я даю согласие на анестезию, изменение или продление лечения в случае необходимости, а также на повторное и последующие вмешательства.

Я также был(а) проинформирован(а) о необходимости регулярно посещать стоматолога и делать профессиональную чистку зубов (минимум два раза в год, желательно три раза в год).

Я полностью ознакомился с документом, мне все понятно, я согласен со всеми положениями данного документа и подтверждаю это своей подписью:

Пациент

Врач

*(подпись пациента, либо законного представителя, Ф.И.О.)*

*(подпись лечащего врача, Ф.И.О.)*

М.П.

Дата « » 20\_\_\_г.