# ЛИСТ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ КОМПОЗИТНЫХ

**РЕСТАВРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА МОЛОЧНОГО ЗУБА 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

*(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 возможна рентген диагностика.
* Проводится тест на жизнеспособность пульпы.
* Определяется цвет будущей реставрации.
* Проводится местная анестезия.
* При возможности устанавливается кофердам.
* Удаление с помощью бормашины или ручных инструментов поврежденных тканей зуба, либо при необходимости удаление старой реставрации.
* 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 бонд-жидкость, 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
* При закрывании рта зубные ряды должны смыкаться равномерно. Ощущения должны быть комфортные.

***Альтернативные методы лечения:***

1. Пластмассовые или металлические коронки: при значительном разрушении молочного зуба возможно применение акриловых или металлических коронок. Они не изготавливаются на основе слепков. Существуют наборы стандартных **коронок**, которые врач корректирует под форму и размер зуба. Использование таких коронок позволяет произвести протезирование ребенку за одно посещение, что обеспечивает максимально комфортное лечение.
2. Отсутствие лечения.

# Возможные побочные эффекты и осложнения:

*Наиболее часто встречающиеся симптомы:*

* возможная боль в зубе и окружающей десне;
* воспаление и кровоточивость десен, 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, которая была жива до лечения (при этом возникнет необходимость лечения корневых каналов или удаления молочного зуба, в зависимости от степени резорбции его корней).

*Редко встречающиеся симптомы:*

* через короткое время, либо длительный период времени возможно выпадение пломбы, сколы частей пломбы, сколы стенок зуба;

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 истории болезни ребенка и имеющихся аллергических реакциях. Настоящим Вы информируете нас о следующих 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-стоматолога с целью профосмотра.

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

# Последствия отказа от лечения:

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

* + зубы, имеющие кариозные полости, либо дефекты пломб, могут давать реакцию на температурные раздражители, на сладкое, кислое; могут появиться боли при жевании;
  + бактерии имеют прямой доступ к зубу при наличии кариозных полостей, либо дефектов пломб, вызывая как дальнейшее повреждение зуба, так и воспаление десны.
  + 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;
  + разрушенные молочные зубы могут привести к неправильному формированию прикуса;
  + 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).

Ни я, ни мои ближайшие родственники, ни люди, представляющие мои интересы, не будут предъявлять финансовых или юридических претензий в отношении того, что перечислено в данном документе. Ксерокопия этого документа несет за собой такую же юридическую силу, как и оригинал. Я полностью ознакомился с документом, мне все понятно, я согласен со всеми положениями данного документа и подтверждаю это своей подписью:

Пациент

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

Врач

*(подпись лечащего врача, Ф.И.О.)*

М.П.

Дата « » 202 г.