# ЛИСТ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО

**СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С УСТАНОВКОЙ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ КОРОНОК/МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ**

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 (законного представителя пациента) на проведение медицинских манипуляций, связанных с установкой временных и постоянных коронок/ мостовидных протезов,** является Приложением к медицинской карте стоматологического больного

*(указывается полностью Ф.И.О. пациента,*

*в случае несовершеннолетнего пациента еще и Ф.И.О. его законного представителя)*

# На ваш(и) зуб(ы) или установленные имплантаты (заполняется лечащим врачом)

* должен/должны быть установлены временные коронки.

*(указать номер зуба(ов), зубной ряд)*

* должен/должны быть установлены постоянные коронки.

*(указать номер зуба(ов), зубной ряд)*

* должен/должны быть установлены временные мостовидные протезы.

*(указать номер зуба(ов), зубной ряд)*

* должен/должны быть установлены постоянные мостовидные протезы.

*(указать номер зуба(ов), зубной ряд)*

Лечение осуществляется в несколько этапов. Их последовательность может варьироваться

в зависимости от конкретного случая.

Принимая решение об установке коронок/мостовидных протезов, врач осматривает зубы, при необходимости делает рентгеновское исследование, тесты на жизнеспособность зубов (наличие в зубе живой пульпы), изготовит, если это потребуется, диагностическую модель, изучит особенности Ваших зубов, состояние здоровья. Такое обследование проводится по двум причинам:

* выбрать оптимальный материал и тип коронки/мостовидного протеза;
* провести необходимое предварительное лечение (гигиенические процедуры, пломбирование, терапию корневых каналов, лечение десен).

В тех случаях, когда без этого не обойтись, проводится удаление пульпы зуба и пломбирование корневых каналов.

После необходимого предварительного лечения зубов проводится их препарирование (обтачивание), на которые будет производиться установка коронок/мостовидных протезов. Целью препарирования является придание зубу(ам) формы, необходимой для последующего

протезирования. Если зуб(ы) имеет пломбу, часть пломбировочного материала может быть сохранена на месте и стать опорой для установки коронки/мостовидного протеза.

Зубы с живой пульпой препарируются прерывисто с водно-воздушным охлаждением, с местным обезболиванием. Глубина препарирования зависит от особенностей зуба и от типа будущей коронки.

После препарирования снимается оттиски с верхних и нижних зубов. По оттискам в зуботехнической лаборатории изготавливается модель будущего протеза, восстанавливающего форму и функцию поврежденного зуба.

Пока идет изготовление постоянной коронки/мостовидного протеза, на зуб устанавливаться временная коронка/мостовидный протез, которая(ый) будет предохранять препарированный зуб(ы) и десну от повреждений, а также позволит привыкнуть к новой форме зуба(ов) и провести, при необходимости, какие-либо изменения перед постановкой постоянной коронки /мостовидного протеза.

Когда постоянная коронка/мостовидный протез готова, производится ее (его) примерка.

На этом этапе следует проверить смыкание зуба(ов) в коронке/мостовидном протезе с зубами противоположного ряда, его(их) эстетичность (хороший внешний вид, сочетающийся с другими зубами). Необходимая коррекция производится непосредственно врачом-ортопедом или в зуботехнической лаборатории. Не исключено, что потребуется сделать несколько промежуточных визитов к врачу для тщательной припасовки коронки и достижения высого эстетического результата.

Когда в коррекции уже нет необходимости, коронка/мостовидный протез фиксируется на постоянный цемент.

Как и любые стоматологические или медицинские процедуры, временные методы лечения связаны с **определенными рисками и осложнениями**:

*Наиболее часто встречающиеся риски:*

* повышенная чувствительность зуба к горячему, холодному, кислому или сладкому;
* лёгкое или более сильное и даже длительное воспаление или кровоточивость десны в особенности при ненадлежащем уходе за полостью рта;
* дискомфорт при накусывании или жевании;
* ощущение инородного тела, вызванное новой коронкой.

*Иногда встречающиеся риски:*

* выцветание, стирание, отклеивание или выпадение временной коронки;
* выпадение временной или постоянной коронки;
* трудности при снятии временной коронки;
* Постепенная гибель пульпы зуба, которая до начала лечения оставалась живой, спустя несколько дней или лет после лечения. В этом случае необходимо будет пролечить корневой канал или удалить повреждённый зуб. В результате может потребоваться заново установить или изготовить коронку;
* рецессия дёсен и оголение краев коронки;
* сколы частей облицовочного материала коронок/мостовидных протезов;
* повторное развитие кариеса на стыках с коронками, в особенности при ненадлежащем уходе за полостью рта.

*Редко встречающиеся риски:*

* аллергическая реакция на использованные материалы;
* боли в суставах, связанные с изменением прикуса с течением времени;
* изменение цвета дёсен или зубов на стыке с коронкой;
* Спустя некоторое время или много лет постоянная коронка может расфиксироваться. В этом случае потребуется заново установить или изготовить коронку/иным способом восстановить зуб. При жевании можно нечаянно повредить отколовшейся частью коронки дёсны, пломбы, коронки, зубы или зубные протезы. Кроме того, отколовшиеся части коронки можно проглотить или в очень редких случаях они могут попасть в дыхательную систему.

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 врача о своей истории болезни и имеющейся аллергической реакции. Настоящим Вы сообщаете о следующих своих заболеваниях и аллергических реакциях:

 В случае появления ощущения дискомфорта, боли, иных проблем или вопросов, необходимо сразу же обратиться к лечащему врачу.

 Только тщательный ежедневный уход обеспечит долговременное и комфортное ношение коронки/мостовидного протеза.

 Тщательный ежедневный уход за зубами и межзубным пространством позволит предотвратить воспаление дёсен и развитие кариеса.

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

 В случае выпадения временной или постоянной коронки/мостовидного протеза не пытайтесь установить её(его) обратно самостоятельно. Сохраните её(его) и незамедлительно свяжитесь с лечащим врачом.

 Посещение врача с целью профилактического осмотра и профессиональной гигиены полости рта не реже 2 раз в год. В этом случае **гарантия** на постоянные коронки/мостовидные протезы сохраняется в течении 3 лет начиная с даты установки.

# Последствия отказа от лечения:

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

* Кариозные полости в зубе не могут быть хорошо прочищены. Скопившиеся там остатки пищи и бактерии могут стать причиной неприятного запаха изо рта.
* Зубы с кариесом и/или поврежденными пломбами могут вызывать боль при жевании или при употреблении горячих, холодных, сладких и кислых напитков и еды.
* Бактерии размножаются в местах повреждения зуба или пломбы, вызывая таким образом дальнейшее разрушение зуба, воспаление десен и образование очагов инфекции на стыках с дёснами.
* Проникая глубоко в зуб, бактерии могут повредить пульпу зуба. Это может стать причиной зубной боли, гибели нерва, воспаления нерва, нагноения и потери зуба.
* Кусочки зуба могут отколоться, и в худшем случае зуб не будет подлежать восстановлению и его придётся удалить.
* Может отколоться часть зуба, и в худшем случае зуб придётся удалить.
* Острые края коронки могут повредить мягкие ткани щеки и языка.
* Может быть нарушена опора зубов и челюстей, что может привести к подвижности зубов, дискомфорту/боли/повреждению височно-нижнечелюстного сустава.
* Возможно снижение жевательной эффективности, могут возникнуть проблемы с питанием и пищеварением.

# СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА:

Я прочитал(а) и понял(а) информацию, содержащуюся в информационном листке и иных представленных мне для ознакомления документах, в которых отражены основные сведения, полученные во время информационной консультации.

Во время консультации у меня была возможность задать врачу 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) о том, что я могу отозвать свое согласие на данную процедуру в любое время до начала лечения.

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

# Настоящим я даю 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 последующее хирургическое вмешательство.

Я также 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 финансовые или юридические претензии в отношении того, что перечислено в данном документе. Ксерокопия этого документа имеет такую же юридическую силу, как и оригинал. Я полностью ознакомился/ознакомилась с документом, мне все понятно, и я согласен/согласна со всеми положениями данного документа, что подтверждаю своей подписью:

Пациент

Врач

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

*(подпись лечащего врача, Ф.И.О.)*

М.П.

Дата « » 202 г.