

### **Информированное добровольное согласие на лечение кариеса**

*Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. 32 Федерального Закона №323-ФЗ «Об охране здоровья граждан» сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения.*

*Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начать медицинское вмешательство.*

Я, пациент \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий по адресу \_\_\_\_\_ проинформирован(а)

Лечащим врачом: \_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество лечащего врача)*

О диагнозе: К 02.1. Кариес дентина

и сути планируемых лечебных и диагностических манипуляций зубов в соответствии с рекомендованным планом лечения и даю информированное добровольное согласие на лечение кариеса мне / лицу, законным представителем которого я являюсь.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения и понимаю, что допустима коррекция намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомят врач.

Мне объяснено, что лечение кариеса заключается в удалении пораженных кариозным процессом тканей зуба, медикаментозной обработке подготовленной полости, с последующим восстановлением коронки зуба пломбировочным материалом, а также, что достоверно точно опередить объем и глубину пораженных кариесом тканей возможно только в процессе вмешательства а, следовательно, может увеличиться предполагаемый объем восстановления зуба (пломбирования, реставрации), о чем врач меня предупредит заранее, в процессе лечения.

Врач сообщил мне о возможных альтернативных вариантах лечения, а именно:

- лечение начального, поверхностного или среднего кариеса (1- 2 посещения);
- лечение глубокого кариеса (1-2 посещения);
- эндодонтическое лечение корневых каналов с последующим пломбированием (2-4 посещения);
- изготовление вкладки/накладки (2-3 посещения);
- установка коронки;
- отсутствие лечения вообще

Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения могут быть (нужное добавить, ненужное вычеркнуть): прогрессирование заболевания; развитие осложненных форм кариеса; развитие инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис); ухудшение эстетики; нарушение функции речи; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; неблагоприятный исход.

Возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение

витаминого, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Возможные осложнения в процессе лечения, а именно: болевые ощущения; вскрытие пульпарной камеры во время препарирования кариозной полости; чувство «нового» зуба (зубов) после постановки пломбы; появление чувствительности к холодной и сладкой пище; локализованное травматическое поражение десны; получение неудовлетворительного цвета зуба; недостижение эстетического результата, уменьшения срока пользования.

В случае невозможности устранения болевой реакции врач принимает решение о депульпировании леченого зуба.

Я подтверждаю, что в Анкете здоровья назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Не возражаю, чтобы данные моей рентгенограммы, фотографии использовались для научной работы, учебного процесса, размещения на сайте и в социальных группах ООО «Альденте» и в других целях **не запрещенных законодательством Российской Федерации.**

### Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на лечение кариеса на предложенных условиях.

\_\_\_\_\_ (подпись законного представителя) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Врач \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

### Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_ (подпись законного представителя) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Врач \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.