

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕТОД ОТСРОЧЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ПОСТОЯННОГО ЗУБА

1. Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований: статей 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункта 14, 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП РФ от 04.10.2012 года № 1006); ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
2. Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.**
3. Согласно ч. 2 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 в отношении лица, не достигшего возраста 15 лет, согласие на медицинское вмешательство дает один из его родителей либо иной законный представитель.¹

Кариес – это инфекционный патологический процесс, проявляющийся после прорезывания зубов, при котором происходят деминерализация и размягчение твердых тканей зуба с последующим образованием дефекта в виде полости.

Целью предполагаемого лечения является:

- предотвращение дальнейшего разрушения тканей зуба, возникновения острой боли, утраты зуба, развития воспаления пульпы;
- снижение риска развития патологического кариозного процесса других зубов;
- сохранение и восстановление анатомической формы пораженного кариесом зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы;
- предупреждение развития патологических процессов и осложнений в челюстно-лицевой области.

Абсолютные противопоказания к лечению:

- значительное распространение кариозного процесса на корень зуба (что исключает возможность полного удаления кариозного процесса и адекватного восстановления утраченных тканей зуба),
- вертикальный перелом зуба, трещина корня.

Относительные противопоказания к лечению:

- отсутствие психологической адаптации и кооперации со стороны пациента,
- неудовлетворительная гигиена полости рта,
- наличие у пациента воспалительных заболеваний зубочелюстной системы,
- некоторые виды эндокринных заболеваний с прогрессирующей убылью костной ткани,
- некоторые виды химиотерапии при онкологических заболеваниях.

Относительные противопоказания не исключают медицинского вмешательства, однако, в большинстве случаев, предполагают дополнительные рекомендации для пациентов, соблюдение которых обязательно для сохранения здоровья

Альтернативными методами являются: лечение пульпита или удаление зуба.

Метод отсроченного лечения кариеса: проводится при возникновении угрозы вскрытия полости зуба и наличии на дне размягченного дентина, способного к восстановлению своих функций и свойств, после удаления вокруг него необратимо воспаленных тканей.

После очистки зуба от налета, проведения местной анестезии и изоляции зуба системой коффердам, щадящим способом с помощью бормашины или пескоструйного препарирования удаляются инфицированные и необратимо пораженные ткани зуба. На дне зуба сохраняют незначительно размягченные ткани дентина, защищающие пульпарную камеру (сосудисто-нервный пучок) и имеющие потенциал к восстановлению своих функций и свойств. Затем полость обрабатывается антисептическим раствором. После подготовки полость восстанавливается временно-долговременным пломбирочным материалом, проводится его шлифовка и полировка. Отсроченное лечение кариеса, имея своей целью сохранение пульпы зуба, предполагает обязательный рентгенологический контроль через 3-9 месяцев (в соответствии с индивидуальной рекомендацией врача). Прохождение рентгенологического контроля является рекомендацией, невыполнение которой, может обнулить ценность предыдущего медицинского вмешательства (или «привести к невозможности сохранения зуба» или «привести к утрате зуба»). В случае положительной динамики временно-долговременный пломбирочный материал заменяется на прямую (пломбу) или непрямую (микропротезирование) реставрацию по показаниям. В случае положительной динамики временно-долговременный пломбирочный материал заменяется на прямую (пломбу) или непрямую (микропротезирование) реставрацию по показаниям.

¹ Уважаемые родители, в силу ст. 63, 64 СК РФ, ст. 28 ГК РФ информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство не может быть подписано бабушкой, дедушкой, тетей и прочими родственниками, не являющимися законными представителями детей. Принимать решения относительно здоровья ребенка, не достигшего возраста 15 лет, могут только его законные представители либо лица, которым такое право передано по доверенности.

Ощущения в процессе лечения: как правило, лечение проводится безболезненно при постановке местной анестезии. Неприятные ощущения могут быть вызваны необходимостью применения аспирационной системы (пылесоса и слюноотсоса) только на начальном и завершающем этапе лечения (то есть, строго ДО и ПОСЛЕ наложения системы коффердам) в виде рвотного рефлекса, травмирования, пересушивания слизистой оболочки полости рта).

Возможные риски и осложнения:

- в процессе препарирования кариозной полости возможно обнаружение врачом распространения кариозного процесса на корень зуба; в связи с невозможностью обеспечить адекватный доступ к пораженным тканям зуба в большинстве случаев зуб подлежит удалению;
- в процессе удаления инфицированных тканей возможно обнаружение врачом сообщения кариозной полости с полостью зуба (сосудисто-нервным пучком), что свидетельствует о распространении инфекционного процесса на пульпу и является показанием к лечению пульпита зуба;
- воспаление межзубного сосочка и резорбция межзубной перегородки;
- даже при успешном завершении лечения зуб может подвергнуться дальнейшему кариозному разрушению, что приведет к необходимости повторного лечения, либо лечению корневых каналов или удалению зуба;
- в течение нескольких лет, месяцев или недель после первого или второго этапа лечения может развиваться воспаление пульпы по причинам, не зависящим от действий врачебного персонала, что может потребовать перелечения зуба (эндодонтического лечения);
- травмирование десны в процессе препарирования и/или изоляции зуба;
- изменение цвета пломбировочного материала;
- постпломбировочная боль (болезненные ощущения при накусывании на зуб) и повышенная чувствительность зуба после лечения – как правило, проходят в течение 2-4 недель;
- неприятные ощущения от различных раздражителей

(холодная или горячая пища, холодный воздух, перепады давления и температур), которые со временем могут либо уменьшиться и пройти, либо перейти в стадию необратимого пульпита, которая связана с глубоким поражением внутренних структур зуба и субъективно может никак не проявлять себя или выражаться в ноющей вечерней, ночной боли вплоть до постоянной интенсивной боли и требует неотложного удаления пульпы и лечения корневых каналов.

- застревание пищи в области восстановленных пломбировочным материалом контактных пунктов зубов, что может потребовать коррекции или замены реставрации при систематических жалобах, а также поражении десневого сосочка, сопровождающегося резорбцией межзубной перегородки.

Прогнозы: ликвидация патологического процесса, восстановление эстетической и жевательной функции зуба, при соблюдении адекватной гигиены полости рта и рекомендаций врача по эксплуатации реставраций сохранение результатов в течение установленного для пациента гарантийного срока и срока службы.

Определить точно степень поражения пульпы (которое на клеточном уровне происходит даже при стадии кариеса пятна) современными методами диагностики не представляется возможным, что делает объективно невозможным точное прогнозирование результатов лечения.

Рекомендации пациенту: своевременное регулярное прохождение профилактических осмотров, рентгенологического исследования и профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальным графиком, составленным врачом для поддержания реставрации и твердых тканей зубов в адекватном состоянии. Подробные рекомендации после лечения содержатся в Правилах эксплуатации стоматологических работ и услуг.

Я _____
даю согласие на лечение кариеса моему ребенку _____

Биологические особенности организма пациента, вредные привычки и их влияние на результат лечения:

Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы либо части текста отсутствуют. Я понимаю цель и назначение описанной манипуляции, а также цель и смысл рекомендаций и назначений врача. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и ясные мне по содержанию разъяснения.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются вероятными объективными неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала.

Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат манипуляции. Я понимаю также, что прогноз об исходе заболевания (состояния) дается врачом исходя из собственного врачебного опыта и данных медицинской статистики, при этом я, как конкретный пациент в конкретной ситуации лечения, не являюсь усредненной статистической единицей.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я подтверждаю, что Исполнителем мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства согласно поставленному мне диагнозу.

Я понимаю, что факт моего согласия на медицинское вмешательство влечет соответствующие юридические последствия. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.

Я подписываю настоящий документ, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой и доступной для понимания информацией для принятия решения.

Дата лечения	Зуб (№)	Подпись лечащего врача	«Согласен на лечение кариеса указанного зуба(-ов) моего ребенка на описанных выше условиях» (подпись законного представителя/ пациента)

Подпись пациента (законного представителя):

ФИО _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись врача:

ФИО _____

« ____ » _____ 20 ____ г.