

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА МОЛОЧНОГО 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 пораженного зуба.

Лечение кариеса стадии пятна: на самых ранних стадиях кариозного процесса возможно применение:

1. **Реминерализующей терапии** (насыщение эмали зубов минеральными компонентами, которые восстанавливают ее структуру) без иссечения тканей зуба. Лечение может проводиться как в домашних условиях (применение специальных кап, фторсодержащих и/или кальцийсодержащих средств), так и в кабинете врача посредством аппликаций реминерализующих веществ.

2. **Лечение системой ICON.** Этапы лечения:

2.1. Проведение местной анестезии, изолирование зуба системой коффердам.

2.2. Последовательное нанесение компонентов системы ICON в соответствии с технологией применения.

2.3. Полировка поверхности зуба.

После лечения системой ICON, обязательно проведение профессиональной гигиены полости рта и профилактических осмотров 1 раз в 3 месяца, для контроля полученного результата лечения и предупреждения развития кариозного процесса.

Риски и дискомфортные состояния: при соблюдении правил применения реминерализующих веществ отсутствуют.

Прогнозы: для белых непигментированных пятен прогноз благоприятен, при условии оптимизации гигиены полости рта, выполнения принципов антикариозной диеты (рекомендованной врачом-стоматологом) и отсутствия неустраняемых факторов риска со стороны общего состояния здоровья (например, гастроэзофагеальный рефлюкс, ротовое дыхание (аденоидит)).

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.

Лечения кариеса эмали, дентина: после очистки зуба от налета, проведения местной анестезии и изоляции зуба системой коффердам, щадящим способом с помощью бормашины или пескоструйного препарирования удаляются инфицированные пораженные ткани зуба, затем полость обрабатывается антисептическим раствором. После подготовки полость восстанавливается пломбировочным материалом, проводится его шлифовка и полировка. При необходимости, десна покрывается защитным составом.

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 или месяцев после лечения может развиваться воспаление пульпы по причинам, не зависящим от действий врачебного персонала, что может потребовать перелечения зуба (эндодонтического лечения) или удаления молочного зуба с диагнозом периодонтит;
- 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 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.