

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МИКРОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

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.<sup>1</sup>

**Микропротезирование с использованием виниров** – это восстановление или улучшение цвета и формы зубов при помощи виниров – тонких пластинок (из композитного, керамического или гибридного материала), которые фиксируются на переднюю поверхность зубов с целью улучшения эстетики и/или восстановления формы.

**Цель установки:** устранение различных дефектов цвета и формы зуба (полученных в результате травмы, неверного развития и формирования зуба, а также кариозного поражения).

**Абсолютные противопоказания:**

- значительное распространение кариозного процесса на корень зуба (что исключает возможность полного удаления кариозного процесса и адекватного восстановления утраченных тканей зуба),
- разрушение коронки зуба более, чем на 80%, что не позволяет восстановить зуб (как прямой, так и не прямой реставрацией) в качестве действующей структурно-функциональной единицы,

**Относительные противопоказания:** обширные разрушения коронковой части зуба, ранее проведенное эндодонтическое лечение зуба, бруксизм, отсутствие зубов в боковых отделах, сложная ортодонтическая патология, неудовлетворительная гигиена полости рта, воспалительные заболевания десен.

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

**Альтернативные варианты восстановления формы и цвета зуба:** восстановление с помощью ортопедической конструкции (коронки), изготовление эстетических реставраций из композитного материала.

**Описание процедуры:**

1. Пациент проходит профессиональную гигиену полости рта.
2. Эстетическое планирование будущего винира (-ов) (одного или несколько нижеперечисленных видов):

-техника **Mock-up** (англ. модель в натуральную величину) — техника моделирования анатомической формы зуба непосредственно в полости рта пациента. Осуществляется для определения оптимальной формы с учетом необходимости увеличения их размеров и уменьшения ширины межзубных промежутков. Как правило реализуется с применением композитного материала, отличающегося от естественного цвета зубов;

-восковое моделирование зубов на гипсовых моделях, которые позволяют оценить, форму и размеры будущего винира (-ов);

-цифровое моделирование зубов, которое позволяет оценить цветовую гамму, форму и размеры будущего винира (-ов).

3. Проведение местной анестезии, изоляция зуба с помощью системы коффердам.

4. Подготовка зуба, которая подразумевает щадящую обработку передней поверхности зуба, удаление старых пломб, кариозных тканей, и выбор цвета винира.

5. Получение оттисков для изготовления виниров в зуботехнической лаборатории или применение CAD/CAM системы (Computer-Aided Design (проектирование с использованием компьютерной технологии) и Computer-Aided Manufacture (изготовление с использованием компьютерной технологии)).

6. Изготовление временных виниров.

7. Винир примеряется в полости рта. При необходимости производится коррекция (в том числе в зуботехнической лаборатории, в этом случае потребуются дополнительный визит). Фиксация винира проводится в условиях изоляции от ротовой жидкости с помощью системы коффердам, производят антисептическую обработку и фиксируют винир, на специальный материал, который обеспечивает не только механическую фиксацию, но и химическую связь с твердыми тканями зуба.

**Микропротезирование с использованием вкладок** – это способ восстановления формы и жевательной эффективности зуба с помощью микропротеза - вкладки (пломбы изготовленной лабораторным способом).

<sup>1</sup> 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.

**Цель установления вкладки** – восстановить форму зуба при поражении твердых тканей 60% и более коронковой части зуба в случае его кариозного, некариозного или травматического повреждения.

Вкладка может изготавливаться из керамики, композитного или гибридного материала – у каждого из материалов своя эстетика, степень износостойкости, способности к сжатию-расширению при накусывании.

**Описание процедуры:**

1. Проведение местной анестезии, изоляция зуба с помощью системы коффердам.

2. Препарирование твердых тканей и определение цвета будущей вкладки. Затем получение оттисков: с верхней и нижней челюсти. Или применение CAD/CAM системы (Computer-Aided Design (проектирование с использованием компьютерной технологии) и Computer-Aided Manufacture (изготовление с использованием компьютерной технологии) для снятия цифровых оттисков и изготовления вкладки.

3. Закрытие зуба временной пломбой или изготовление временной вкладки.

4. Изготовление вкладки в зуботехнической лаборатории

5. Фиксация вкладки. Вкладка примеряется в полости рта. При необходимости производится коррекция (в том числе в зуботехнической лаборатории, в этом случае требуется дополнительный визит). Фиксация вкладки проводится в условиях изоляции от ротовой жидкости с помощью системы коффердам, производят антисептическую обработку и фиксируют вкладку на специальный материал, который обеспечивает не только механическую фиксацию, но и химическую связь с твердыми тканями зуба.

**Возможные дискомфортные состояния при любом способе реставрации:** болевые ощущения после прекращения действия анестезии; неприятные ощущения могут быть вызваны работой врача и ассистента «в четыре руки» и необходимости применения аспирационной системы (пылесоса и слюноотсоса) в виде рвотного рефлекса, травмирования, пересушивания слизистой оболочки полости рта

**Возможные осложнения при любом способе реставрации:**

- повышенная чувствительность к различным раздражителям (холодное, горячее, сладкое), которая проходит через 1-7 дней;

- повышенная чувствительность десны при чистке зубов, проходящая через несколько дней;

- расцементировка или поломка как временной пломбы/винира/вкладки, так и постоянных вкладки/винира;

- сколы, трещины, переломы винира/вкладки, ставшие результатом чрезмерного механического воздействия при приеме пищи, физического воздействия, индивидуальных особенностей пациента (бруксизм)

**Прогнозы при любом способе реставрации:** восстановление функции и эстетики зуба в соответствии с утвержденным пациентом mock-up, восковым и/или цифровым моделированием зубов, сохранение результатов в течение установленных для пациента гарантийных сроков и сроков службы.

Эстетика зуба (его внешний вид) восстанавливается в пределах технологических возможностей, которые предоставляют применяемые материалы и клиническая ситуация.

Фиксация виниров, в особенности, с целью нивелирования каких-либо дефектов зубов, может изменить привычное восприятие человеком собственной улыбки, внешнего вида зубов в процессе речи, внешнего вида лица (выражения лица); как правило, психологическая адаптация к измененному внешнему виду является вопросом времени.

Виниры не способны в полной мере решить стоматологические проблемы, лежащие в области ортопедии, ортодонтии, хирургической стоматологии (в ситуациях, когда для достижения оптимального результата необходимо исправление прикуса, расположения отдельных зубов и зубных рядов, удаление зубов, протезирование). В перечисленных случаях виниры могут лишь в какой-то степени визуально нивелировать (скрыть, сгладить) дефект зубов или челюстей, при этом дать прогноз, в какой степени неяркие реставрации скроют имеющийся дефект, не представляется возможным, поскольку и сам дефект, и то, как фиксация виниров изменит внешний вид зубов, лица – воспринимаются сугубо индивидуально каждым человеком.

Я \_\_\_\_\_  
даю информированное добровольное согласие на выполнение эстетических неярких реставраций моему ребенку

**Биологические особенности организма пациента и их влияние на результат лечения (привести к осложнениям):** \_\_\_\_\_

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 реставрацию указанного зуба(-ов) моего ребенка на описанных условиях» (подпись пациента/законного представителя)

Подпись пациента (законного представителя):

\_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Подпись врача:

\_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.