

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на восстановление зубов вкладками**

« _____ » _____ 20 ____ г.

Я, _____
(ФИО пациента, либо его законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное информированное согласие на предложенное мне либо лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство: **восстановление зубов вкладками**

(номера зуба(ов) согласно международной системе ISO 3950)

по поводу диагноза: _____
(наименование и код по МКБ-10)

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне разъяснено, что восстановление зуба вкладками проводится в целях лечения зуба, пораженного кариесом с потерей до 60% зубных тканей; лечения клиновидного дефекта зуба; лечения зубной травмы; лечения при механическом разрушении зубов; лечения дисплазии зубных тканей; в целях последующего протезирования коронками; лечения гипоплазии эмали; в целях образования элемента опоры при фиксации мостовидного протеза; в целях профилактики стирания зубов, _____

(иное указать).

Мне разъяснено, что микропротезирование зубными вкладками представляет собой один из видов несъемного протезирования. Вкладка для зуба – искусственный микропротез, устанавливаемый на место разрушенных зубных тканей с возможностью дальнейшего воссоздания анатомической формы зуба.

Мне разъяснено, что ограничением для восстановления зуба вкладками являются небольшая кариозная полость; апроксимальная полость зуба, глубоко уходящая в дентин; повышенная активность кариеса; недостаточная гигиена ротовой полости; бруксизм (скрип зубами).

Мне разъяснено, что в силу индивидуальной повышенной чувствительности зубов после установки вкладки может появиться зубная боль, продолжающаяся несколько дней. При сохранении болевого синдрома необходимо обратиться к лечащему врачу.

Мне разъяснено, что к особенностям восстановления зуба вкладками относится то, что вкладки не подвергаются полимеризации и усадке; не теряют цвет со временем, устойчивы к агрессивной среде; не создают дискомфорта; позволяют сохранить внешний вид и функции зуба; при создании вкладки учитываются особенности прикуса; вкладка полностью совместима с иными зубными протезами и повышает эффективность протезирования.

Так как изготовление вкладок происходит в течение нескольких дней, я даю свое согласие на установку на подготовленные зубы временных конструкций.

Я проинформирован(а) о том, что все мои пожелания по поводу размера, цвета и формы вкладок я должен буду высказать до их установки на зубы, потому что после постоянной их фиксации изменить что-либо будет невозможно (за исключением окончательной коррекции прикуса).

Я уведомлен о том, что для комфортной обработки зубов может потребоваться местное обезболивание.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Альтернативными вариантами лечения являются: восстановление разрушенного зуба пломбами, коронками, удаление зуба либо отсутствие лечения как такового.

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи.

Со мной согласованы технологии, методы и материалы, которые будут использованы при медицинском вмешательстве, в том числе их

цвет _____

материал _____

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/ здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой соответствующие правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

Дополнительная информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи (если есть): _____

(подпись)

(Ф.И.О. Пациента или законного представителя Пациента)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)