

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА

Я, \_\_\_\_\_, в соответствии со ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю настоящее информированное согласие на проведение мне лечения кариеса. До начала лечения врач \_\_\_\_\_ предоставил мне в доступной форме полную информацию о целях, методах лечения, , связанных с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, а именно о том, что: целью лечения является устранение кариозных областей и очагов воспаления, замещение утраченных фрагментов зубов пломбировочными материалами и восстановление формы зубов.

В данном случае, с учетом всех имеющихся данных, Пациенту показано (подчеркнуть):

**№ зуба** \_\_\_\_\_ пломбирование, замена старой пломбы, реставрация коронки, микропротезирование вкладкой или накладкой

**№ зуба** \_\_\_\_\_ пломбирование, замена старой пломбы, реставрация коронки, микропротезирование вкладкой или накладкой

**№ зуба** \_\_\_\_\_ пломбирование, замена старой пломбы, реставрация коронки, микропротезирование вкладкой или накладкой

**№ зуба** \_\_\_\_\_ пломбирование, замена старой пломбы, реставрация коронки, микропротезирование вкладкой или накладкой

**№ зуба** \_\_\_\_\_ пломбирование, замена старой пломбы, реставрация конки, микропротезирование вкладкой или накладкой

Мне сообщено, что в ходе лечения может быть применена анестезия, выбор которой производится лечащим врачом с учетом моего здоровья и при моем согласии. Я понимаю, что всегда имеется риск применения анестезии и такой риск мне был полностью объяснен.

Перспективы и результаты медицинского вмешательства при имеющемся заболевании зависят при качественно оказанной помощи от текущего и последующего состояния здоровья, от соблюдения пациентом рекомендаций по сохранению результата лечения, посещение профилактических осмотров (1 раз в 6 мес.). Альтернативным способом лечения является удаление зуба, отсутствие лечения. При отказе от лечения неизбежно прогрессирование разрушения зуба, появление и усиление болевых ощущений, развитие осложнений- пульпита, затем периодонтита. Остеомиелита.

Возможные осложнения, время их развития и исчезновения, методы и результаты их коррекции:

**При проведении анестезии** возможно возникновение аллергических реакций (анафилактический шок, крапивница, обморок, удушье, коллапс, отек, подъем АД, гематомы, болезненность в месте укола.

**Пульпит** может возникнуть в любой срок, требует обязательного лечения корневых каналов.

**Скол** стенки зуба может возникнуть в любой срок, потребуются реставрация коронки зуба вкладкой или конкой.

**Изменение цвета пломбы** может возникнуть в любой срок, потребуются шлифовка и обновление поверхностного слоя пломбы.

**Болевые ощущения** могут возникнуть на протяжении первых 2-4 дней и позднее после лечения. При этом может потребоваться удаление пульпы, прием антибиотиков, обезболивающих, десенсибилизирующих препаратов.

Я предупрежден(а) о необходимости соблюдения правил гигиены и ухода за полостью рта, так как все усилия врача будут напрасными, если я сам(а) не буду выполнять обязательные ежедневные процедуры.

Настоящее добровольное информированное согласие мною прочитано, осознано и мне понятно, достаточно для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг. Настоящее согласие составлено в 1 экземпляре и подписано обеими сторонами, хранится у Исполнителя.

Подпись пациента \_\_\_\_\_  
Фамилия (полностью)

Подпись врача \_\_\_\_\_  
Фамилия(полностью),

Дата \_\_\_\_\_

Рекомендации (памятка) получены на руки \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_ Подпись пациента \_\_\_\_\_