Приложение
к Стоматологической карте № _____ от «____» _____ 20__ г.

Информированное согласие
на герметизацию фиссур временных и постоянных зубов

Я _____ уполномочиваю врача-стоматолога _____ провести герметизацию (запечатывание) фиссур моему ребенку _____ _____.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию, чтобы я ознакомился (-лась) с предлагаемой процедурой и мог (-ла) либо отказаться от неё, либо дать свое согласие на проведение данного лечения. Доктор поставил моему ребенку следующий диагноз: _____ _____ .

Фиссуры и ямки- это естественные углубления на поверхности зуба .Это зоны ,где кариес возникает в первую очередь. Риском для возникновения фиссурного кариеса является то, что эмаль, покрывающая эти углубления слабо минерализована. Щелевидное строение фиссур не позволяет удалять налет при чистке зубов и не даёт проникать слюне для самоочищения и минерализации эмали. Затруднена ранняя диагностика кариеса фиссур.

Показаниями для герметизации фиссур являются:
-кариес молочных зубов в анамнезе
-кариес в одном или нескольких первых постоянных моляров
-кариес в анамнезе у братьев и сестер
-зубы со слабой минерализацией
-зубы с с глубокими ямками и фиссурами
-как часть профилактической композитной реставрации

Герметизация фиссур применяется для предотвращения возникновения кариеса на окклюзионных поверхностях. Профилактический успех этой процедуры объясняется прочным соединением герметика с тканями зуба, предотвращающим микроподтекание питательных для микрофлоры веществ в подлежащие пространства ямок и фиссур.

Мне объяснили, что зубы следует герметизировать как можно быстрее после прорезывания, затем тщательно наблюдать и повторно герметизировать или обновлять герметик при необходимости.

Стоматологическое лечение заключается в удалении зубного налета с поверхности зуба, медикаментозной обработке и нанесении герметика с последующей полировкой.

В ходе лечения при наличии показаний к расширению объёма вмешательства может потребоваться изменение плана лечения, а именно, лечение кариеса зуба.

Во время герметизации возможно применение коффердама, препятствующего проникновению в рабочую зону слюны, предотвращающего случайное попадание в дыхательные пути мелких инструментов и мелкодисперсных отходов и их заглатывание, а также защищающего слизистую оболочку от воздействия применяемых в процессе лечения зуба веществ.

В случае отказа от герметизации фиссур у ребенка возможно развитие осложнений: кариеса, а в последующем пульпита (воспаление сосудисто-нервного пучка зуба), периодонтита (воспаление окружающих зуб тканей с поражением кости, вплоть до выраженного отека), периостита (воспаление надкостницы).

Развитие осложнений может привести к удалению молочного зуба и поражению зачатка постоянного зуба (появлению пятна, кариозному поражению недавно прорезавшегося постоянного зуба, гибели зачатка постоянного зуба).

Раннее удаление молочных зубов может привести к затруднению или нарушению сроков прорезывания постоянных зубов, их прорезыванию со смещением, разворотом коронки зуба, смещению нижней челюсти, стойкому формированию аномалий прикуса, развитию логопедических дефектов речи. Также отсутствие зубов влияет на качество пережевывания пищи и формирование косметических недостатков.

Меня ознакомили с факторами, влияющими на успех лечения:

1. Правильный уход за полостью рта имеет решающее значение для сохранения здоровых зубов и целостности реставраций. Регулярное посещение гигиениста – 1 раз в 3-4 месяца, в соответствие с индивидуальными показаниями.
2. Активность течения кариозного процесса в полости рта.
3. Особенности питания: употребление чрезмерного количества углеводов может вызвать кариес на зубах, в т.ч. вокруг реставраций.

4. Вредные привычки: скрежетание зубами, надкусывание ручки, прикусывание губ и щек снижают срок службы профилактической реставрации.

5. Психологический фактор: понимание пациентом, а также его родителями или лицами, их заменяющими, важности гигиены, периодических контрольных осмотров и выполнение всех рекомендаций.

Я проинформировал(-ла) доктора о всех случаях аллергии моего ребенка к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел(-ла) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Меня уведомили, что клиника и её персонал не несет ответственности за качество предоставляемых услуг в следующих случаях:

1. Возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее.
2. Осложнений, возникающих по причине неявки пациента на прием или контрольный осмотр в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций.
3. Переделок и исправления работ в другом лечебном заведении.
4. Ремонта, порчи и исправления работы самим пациентом.
5. Неудовлетворительного состояния гигиены полости рта.

Подпись родителя или законного представителя: _____
Подпись врача: _____
Дата: _____