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

Информированное согласие
на лечение кариеса постоянных зубов

Я_____
уполномочиваю врача-стоматолога _____ провести терапевтическое лечение кариеса зуба _____
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 мне следующий диагноз: _____
_____

Целью лечения кариеса является устранение имеющегося заболевания и сохранение жизнеспособности зуба, сохранение и восстановление анатомической формы пораженного зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы, предупреждение развития патологических процессов и осложнений.

Лечение кариеса проводится под местной анестезией, применение которой может привести к следующим осложнениям, не являющимися дефектами оказания медицинской помощи: гематома в месте укола, эрозия в месте укола, аллергическая реакция на обезболивающий препарат (сыпь, отек, анафилактический шок). Токсическая реакция на обезболивающий препарат (тошнота, головокружение, кратковременная потеря сознания, нарушение координации).

Во время лечения 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 ходе лечения кариеса возможны показания к расширению объёма вмешательства, может потребоваться изменение плана лечения, а именно, наложение лечебной прокладки на дно кариозной полости, или лечение корневых каналов зуба.

При глубокой кариозной полости или при остром течении кариеса существует вероятность отсроченного воспаление нерва зуба и необходимость повторного лечения зуба по поводу пульпита.

Даже при успешном завершении лечения зуб может подвергнуться дальнейшему кариозному разрушению, что приводит к необходимости повторного лечения.

В процессе лечения зуба возможна травма десны. После лечения могут возникнуть постпломбировочные боли в зубе, проходящие в течение 2-4 недель. Если боли продолжаются, необходимо немедленно обратиться в клинику.

В случае отказа от лечения зуба по поводу кариеса, возможно развитие осложнений: пульпит (воспаление сосудисто-нервного пучка зуба), периодонтит (воспаление окружающих зуб тканей с поражением кости, вплоть до выраженного отека), периостит (воспаление надкостницы), развитие иных осложнений, которые могут привести к удалению зуба.

Меня ознакомили с факторами, влияющими на успех и результат лечения:
1.Правильный уход за полостью рта имеет решающее значение для сохранения здоровых зубов и целостности реставраций. При гигиене полости рта необходимо пользоваться рекомендованными зубными пастами, зубной щеткой, монопучковой щеткой, межзубными ершиками, межзубными нитями, скребком для языка, ирригатором.

2.Регулярное посещение гигиениста – 1 раз в 3-4-6 месяцев, в соответствие с индивидуальными показаниями.
3.Состояние иммунной системы, способности организма сопротивляться инфекции.
4.Активность течения кариозного процесса в полости рта в данное время.
5.Количество и состав слюны.
6.Особенности питания: употребление чрезмерного количества углеводов может вызвать кариес на зубах, в т.ч. вокруг реставраций.
7.Вредные привычки: скрежетание зубами, надкусывание ручки, прикусывание губ и щек снижают срок службы реставраций и коронок.
8.Психологический фактор: понимание важности гигиены, периодических контрольных осмотров и выполнение всех рекомендаций.

Я осведомлен(-на) о возможных осложнениях во время анестезии. Я проинформировал(-ла) доктора о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Мне были объяснены всевозможные 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.Истечения срока гарантии на оказанные услуги.
6.Неудовлетворительного состояния гигиены полости рта.

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

Зуб(№)	Лечащий врач(ФИО)	Дата лечения	Согласие пациента на медицинское вмешательство в отношении указанного зуба- лечение кариеса на описанных выше условиях(подпись)