ООО “Стоматологическая студия”Скульптура”

Информированное согласие
на проведение медицинского вмешательства.

Я_____ уполномачиваю врача-стоматолога _____ провести процедуру отбеливания зубов_____с помощью системы_____

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемой процедурой и мог либо отказаться от нее либо дать согласие на ее проведение.

Отбеливание зубов - это химический процесс с использованием отбеливающих систем , которые в качестве активных ингредиентов содержат перекись водорода или перекись карбамида (сочетание перекиси водорода и мочевины). Перекиси проникают в твердые ткани зуба и вступают в реакцию окисления с красителями (хромофорами) , адсорбированными на поверхности эмали, а также находящимися внутри эмали и дентина. Хромофоры теряют окрашивающую способность , в результате чего ткани зуба становятся светлее.

Когда все хромофоры превращаются в бесцветные молекулы , достигается так называемая «точка насыщения».Дальнейшее осветление зубов замедляется. При «переотбеливании » возникает риск окисления белков эмали и дентина , что может вызвать значительное изменение структур этих тканей. Достижение «точки насыщения» подразумевает прекращение процедур отбеливания , даже если желаемый для пациента результат не был достигнут.

Врач проинформировал меня о том, что показаниями к отбеливанию являются:

1.Изменение цвета зубов вызванное:
- посторонними пятнами от пищи , напитков и табака с проикновением пигмента в эмаль.
- возрастным изменением цвета зубов.
- «тетрациклиновые» зубы.
- флюорозом зубов
- некрозом пульпы или/и результатом эндодонтического лечения.

2.Генетически предопределенные темные зубы.

3.Отбеливание зубов перед реставрационными работами или протезируемая (в частности изготовление виниров)

Наилучшие результаты достигаются на зубах с желтой , оранжевой и светло-коричневой пигментацией. Метод недостаточно эффективен в отношении «тетрациклиновых» зубов и флюорозе.

Врач также предупредил меня о том , что противопоказаниями для отбеливания является:

1.Возраст до 18 лет.

2.Беременность или кормление грудью.

3.Заболевания парадонта.

4.Наличие аллергической реакции на перекись водорода и его соединения.

5.Высокая интенсивность кариеса зубов.

6.Повышенная чувствительность зубов к различным раздражителям.

7.Поверхностные пятна , которые могут быть удалены при помощи профессиональной гигиены и возникновение которых может быть легко предотвращено соблюдением гигиены полости рта.

8.Применение отбеливания у курящих , если они не воздерживаются от курения во время процедур.

Я обязуюсь предупредить своего врача о наличии вышеперечисленного до процедуры отбеливания.

Я осведомлен ,ч то до начала отбеливания мне необходимо:

1.Вылечить кариес зубов.

2.Провести сеанс профессиональной гигиены полости рта.

3.Провести курс фторпрофилактики зубов.

Я получил подробную информацию о том, что при отбеливании зубов существует определенная степень риска по следующим критериям:

1.Можно не достигнуть желаемых результатов отбеливания.

2.Из клинического опыта (по разным источникам) эффект отбеливания сохраняется от 6 месяцев до 5 лет . Эти сроки сугубо индивидуальны . Также известно , что в некоторых случаях в течение 2 недель происходит потемнения зубов на 0,5- 1 тон. Иногда зубы могут потемнеть до исходного оттенка.

3. Возможно появление повышенной чувствительности зубов (болезненности) при действии механических,термических, и химических раздражителей , которое обычно проходит через несколько дней.

4.Возможно появление побеления, покраснения или болезненности в области десневого края , которое проходит через несколько дней.

5.Отбеливающие системы не оказывают действия на цвет и структуру пломб и ортопедических конструкций , поэтому после проведения процедуры отбеливания их цвет будет не совпадать с измененным цветом зубов , что потребует замену реставраций , но не ранее ,чем через 2 недели после окончания процедуры.

6.При отбеливании эндодонтически леченных зубов , когда отбеливающий материал вносится внутрь полости зуба возможны повреждение зуба (резорбция), трещина или отлом коронки.

Я осведомлен, что альтернативой отбеливанию является проведение сеанса профессиональной гигиены врачом-гигиенистом с усилением этого эффекта применением отбеливающих зубных паст, эстетическая реставрация композиционными материалами или ортопедические методы лечения.

Я предупрежден доктором , что во время процедуры отбеливания мне необходимо соблюдать следующие рекомендации:

1.Строго выполнять все советы врача по гигиене полости рта.

2.Не употреблять в пищу продукты с сильно красящими пигментами (крепкий чай, кофе, свекла, черника, черешня и т.п.)

3.Отказаться от курения.

4.Своевременно являться на прием к врачу по установленному для меня графику.

Я также осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков.

Я проинформировал доктора _____

о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и аллергии в настоящее время.

Понимая сущность процедуры отбеливания и уникальность собственного организма , я согласен с тем , что никто не может предсказать точный результат проводимой процедуры. Я понимаю , что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Мне четко и понятно были разъяснены возможные исходы процедуры отбеливания зубов , а также альтернативные методы.Я имел возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я доверяю врачу _____ провести необходимые процедуры по отбеливанию зубов.

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю , что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

Дата _____

Информированное согласие
на проведение медицинского вмешательства .

Я_____
уполномочиваю врача-стоматолога
_____
провести восстановление дефектов зубного ряда в области
_____
_____ прямым адгезивным методом.

Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем , чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него , либо дать свое согласие на проведение данной процедуры.

Доктор поставил мне следующий диагноз
_____
_____ указал на необходимость проведения ортопедического лечения . Я ознакомлен (ознакомлена) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования.

Меня также ознакомили с альтернативными вариантами протезирования , которые в данном случае будут более эффективными. Я понимаю , что восстановление целостности зубного ряда методом прямой адгезивной техники является временным протезированием и восстанавливает только косметический дефект.

Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть:
-прогрессирование зубоальвеолярной деформации , дальнейшее снижение эффективности жевания,ухудшение эстетики,нарушение функции речи,прогрессирование заболеваний пародонта,быстрая утрата оставшихся зубов ,заболевание жевательных мышц,заболевание височно-нижнечелюстного сустава,общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта,нейропатология.

Хотя предложенный вид протезирования поможет мне восстановить дефект зубного ряда , тем не менее , я понимаю , что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и как любое медицинское вмешательство не может иметь стопроцентной гарантии на успех , даже при идеальном выполнении клинических этапов.

Я предупрежден об исключении прямой жевательной нагрузке на адгезивную конструкцию.

Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал доктора
_____
о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем , что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю , что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Я
полагаю , что это в моих интересах приступить к протезированию методом прямой адгезии и следовать всем рекомендациям врача.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения , а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента_____

Подпись доктора _____

Дата _____

ООО «Стоматологическая студия «Скульптура»

Информированное согласие
на проведение местного обезболивания

Я,

_____

уполномочиваю врача-стоматолога

_____

провести местное обезболивание по поводу стоматологического вмешательства.

Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым методом обезболивания, видом анестезирующего препарата и мог либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данной процедуры.

Доктор объяснил мне, что использование в современной стоматологии высокоэффективных средств и способов обезболивания позволяет отказаться от небезопасного для организма общего обезболивания в амбулаторной стоматологической практике.

Обследование перед анестезией и стоматологическим вмешательством необходимо для выявления пациентов, которым их проведение противопоказано в целом, либо имеются ограничения к применению отдельных компонентов. В связи с этим, мы просим Вас ответить в КАРТЕ ОПРОСА ПАЦИЕНТА (прилагается к этому документу) на все поставленные вопросы. Это позволит сделать рациональный выбор вида анестезии и обезболивающих средств в соответствии с общим статусом, а также длительностью и травматичностью предстоящего лечения, что в свою очередь обеспечит высокую эффективность качества обезболивания и лечения с минимальным риском осложнений.

Применение любого лекарственного вещества, включая местные анестетики, сопровождается риском развития неожиданной ответной реакции организма человека . Диапазон этих реакций очень велик: от несущественного дискомфорта , который полностью купируется после прекращения действия препарата , до тех , которые могут оказывать серьезные воздействия на пациента. Поэтому необходимо учитывать следующее: лекарственный препарат оказывает два типа действия - желаемое(клинически необходимое) и не желаемое (побочное), а также тот факт, что любой препарат обладает токсичностью. Так как каждый организм реагирует на одни и те же воздействия по-своему, то и реакция на проведение местной анестезии будет индивидуальна. Общесоматические осложнения при проведении местной анестезии могут быть следующие: обморок, коллапс , гипертонический криз, приступ стенокардии, инфаркт миокарда, приступ эпилепсии, приступ бронхиальной астмы, анафилактический шок, срыв сердечного ритма и т.д.

Если ранее при проведении обезболивания у Вас возникали осложнения, то просим Вас ответить на следующие вопросы:

Теряли ли Вы сознание ДА НЕТ
Были ли у Вас судороги ДА НЕТ
Наблюдались ли кожные реакции (зуд , сыпь ,т.п.) ДА НЕТ
Наблюдались ли дыхательные расстройства ДА НЕТ
Вводились ли какие-либо препараты для купирования осложнения ДА НЕТ
Если ДА ,то какие_____
В каком положении Вы находились в момент наступления реакции _____
Потребовалась ли помощь врача (скорой помощи) ДА НЕТ

На какой лекарственный препарат возникло осложнение_____
Какое количество препарата вводилось_____
Принимали ли Вы какие-либо препараты до момента реакции ДА НЕТ
Можете ли Вы сообщить имя , адрес ,телефон того врача, который проводил лечение в этом случае ДА НЕТ

Кроме того, при проведении анестезии могут наблюдаться местные осложнения, которые объясняются индивидуальными особенностями анатомического строения полости рта (средние анатомические данные или какие-либо другие постоянные величины, определяющие высоту вкола и глубину продвижения иглы, не всегда совпадают с топографией нервов и клетчатки у конкретного пациента).
Результатом этого может быть:

1. Неполная анестезия, требующая повторного введения анестезирующего препарата.
2. Повреждение нервного ствола.

Во время обезболивания иногда отмечается кратковременная резкая боль , связанная с соприкосновением иглы с нервом . В большинстве случаев эта боль проходит бесследно, однако иногда впоследствии появляются признаки воспаления нерва, а именно длительное нарушение чувствительности и связанная с этим возможность механической и термической травмы, нарушение вкусовой чувствительности, расстройства речи.

3. Ограничение подвижности нижней челюсти, вследствие травмирования мышечных волокон или токсического воздействия на них анестезирующего препарата.
4. Травма сосудов и образование гематом.

Челюстно-лицевая область имеет очень хорошо развитую кровеносную сеть в связи с этим, при выполнении анестезии возможно ранение сосудов иглой и образование гематомы, которая рассасывается в течение 5-7 дней.

5. Парез мимических мышц.

Иногда отмечается парез мимических мышц в результате распространения действия раствора анестетика на двигательные веточки нерва , иннервирующего эти мышцы. Через 1,5-2 часа функция мимических мышц обычно полностью восстанавливается.

6. Перелом иглы. Является крайне редким осложнением. Причинами этого осложнения являются неспокойное поведение пациента и несовершенство методов обезболивания.
7. Воспалительные осложнения после анестезии.

Использование одноразовых средств и высоких технологий для проведения местной анестезии в настоящее время позволяют определить две причины данного осложнения- снижение общей резистентности организма и высокую обсемененность полости рта микроорганизмами

8. Некроз слизистой оболочки полости рта и костной ткани в месте распространения раствора анестетика.

Причинами данного осложнения может быть индивидуальная высокая чувствительность тканей к местноанестезирующим композициям.

Я осведомлен о возможных осложнениях во время проведения анестезии. Я проинформировал доктора _____ о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного обезболивания и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат обезболивания. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии и заверения.

Я полагаю, что в моих интересах приступить к лечению зубов после проведенного обезболивания.

Я имел возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента_____

Подпись врача _____

Дата _____

ООО «Стоматологическая студия «Скульптура»

Информированное согласие
на проведение медицинского вмешательства .

Я _____

уполномочиваю врача-стоматолога _____
провести лечение корневых каналов _____ методом депофореза гидроокиси меди-кальция.

Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем,чтобы я ознакомился(ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог(могла) либо отказаться от него,либо дать свое согласие на проведение данной процедуры.

Доктор поставил мне следующий диагноз _____
_____
_____

и указал на необходимость лечения зуба методом депофореза, сущность которого заключается в том, что под действием электрического поля из созданного в корневом канале депо водной суспензии гидроокиси меди-кальция выделяются ионы OH и Cu(OH)4, которые обладают сильным бактерицидным действием. В результате этого , происходит растворение остатков биологических тканей в системе корневого канала, выстилание незапломбированной части корневого канала, а также всех микроканальцев гидроокисью меди-кальция, которая обеспечивает длительную стерильность и стимулирует образование костной ткани.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, образование кисты , потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба,
отсутствие лечения как такового.

Хотя метод депофореза гидроокиси меди-кальция имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Доктор понятно объяснил мне все возможные осложнения , которые могут произойти во время и после проведения процедуры, а именно:

1. Во время проведения процедуры может произойти отлом электрода (вероятность 5%) в устье корневого канала .
2. После проведения сеанса возможны значительные болевые ощущения, в связи с раздражением тканей периодонта продуктами химической реакции. Данные ощущения проходят в течении первых суток после сеанса.
3. Болевые ощущения могут также возникнуть в связи с обострением патологического процесса после сеанса депофореза.
4. После проведения курса депофореза , в некоторых случаях требуется пломбирование проходимой части корневого канала специальным антибактериальным цементом «Атацимит». После этой процедуры возможны болевые ощущения разной интенсивности (постпломбировочные боли).

Я предупрежден о щадящей жевательной нагрузке во время лечения на зуб, чтобы избежать откола стенки коронковой части, за которым может последовать удаление зуба.

После завершения лечения методом депофореза гидроокиси меди-кальция рентгенологическая картина выглядит иначе , чем после лечения зуба с проходимыми корневыми каналами , поэтому мне будет выдан «Протокол эндодонтического лечения» на _____ зуб , где будет указан способ пломбирования корневого канала . Эта информация важна для дальнейшего лечения и наблюдения.

Доктор понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам лечения, строгого соблюдения сроков , которые необходимо выдерживать прежде , чем перейти к следующему этапу лечения. Я ознакомлен с проведением методики (требуется 3 сеанса , которые можно проводить 1 раз в 7-10 дней).

Кроме того , я понимаю необходимость рентгенологического контроля исходов лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику , обговоренному с доктором и записанному в истории болезни)

Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал доктора о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Я полагаю, что это в моих интересах приступить к лечению методом депофореза и следовать всем рекомендациям врача.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения , а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента _____

Подпись доктора _____

Дата _____