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

Информированное согласие
на лечение кариеса постоянных и временных зубов у детей и инвазивную герметизацию фиссур зубов

Я _____ уполномочиваю врача-стоматолога _____ провести терапевтическое лечение кариеса, 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: _____ _____ .

Инвазивная герметизация фиссур заключается в расшлифовке естественных углублений в пределах поверхностной эмали на коронке зуба и последующей герметизации (заливке) специальными материалами. Эта процедура препятствует проникновению питательных для микрофлоры веществ в подлежащие пространства ямок и фиссур и развитию кариеса.

Целью лечения кариеса является устранение имеющегося заболевания и сохранение жизнеспособности зуба.

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

В ходе лечения при наличии показаний к расширению объёма вмешательства может потребоваться изменение плана лечения, а именно: частичное или полное удаление нерва.

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.

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).

В случае отказа от восстановления молочного зуба, у ребенка возможно развитие осложнений: пульпита (воспаление сосудисто-нервного пучка зуба), периодонтита (воспаление окружающих зуб тканей с поражением кости, вплоть до выраженного отека), периостита (воспаление надкостницы), развитие иных патологий (абсцесса, флегмоны, снижение иммунитета, возникновение респираторных заболеваний, развитие фарингита, ларингита, заболеваний желудочно-кишечного тракта).

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. Состояние иммунной системы ребенка – способность организма сопротивляться инфекции. Способность иммунной системы противостоять инфекции – главный фактор, влияющий на быстрое выздоровление, ликвидацию очагов в пульпе зуба и в костной ткани, окружающей корень/корни зуба.
3. Активность течения кариозного процесса в полости рта.
4. Особенности питания: употребление чрезмерного количества углеводов может вызвать кариес на зубах, в т.ч. вокруг реставраций.
5. Вредные привычки: скрежетание зубами, надкусывание ручки, прикусывание губ и щек снижают срок службы реставраций и коронок.

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

Я осведомлен(-на) о возможных осложнениях во время анестезии при приеме анальгетиков и антибиотиков. 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. Истечения срока гарантии на оказанные услуги.
6. Неудовлетворительного состояния гигиены полости рта.

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