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

Информированное согласие
на восстановление временного зуба стандартной коронкой

Я _____ уполномочиваю врача-стоматолога _____ провести установку стандартной(-ых) коронки(-нок) на _____ зубы моему ребенку _____ .

Этот документ содержит необходимую для меня информацию тем, 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: субтотальный дефект (разрушение) твердых тканей временного(-ых) зуба(-ов)_____ .

Стандартная коронка молочного зуба устанавливается на зуб, коронка которого разрушена с двух и более сторон. Целью восстановления молочного зуба стандартной коронкой является восстановление формы зуба, защита всех поверхностей от кариозного поражения, сохранение функций жевания, предупреждение ранней потере зуба

Врач дал мне возможность выбрать тип стандартной коронки молочного зуба моего ребенка и объяснил, что состав материала влияет на эстетические свойства и обуславливает биосовместимость коронки

- стальная коронка молочного зуба;
- металло-композитная коронка молочного зуба;
- цельно-керамическая коронка молочного зуба.

Также мне был предложен альтернативный вариант восстановления молочного зуба в виде композитной реставрации. Мне было разъяснено, что композитная реставрация (пломба) не предназначена для восстановления зубов, у которых разрушено 2 и более поверхностей. По истечению некоторого времени данный материал будет подлежать замене во избежание повторного возникновения кариеса. Композитный материал неравномерно распределяет нагрузку на ткани зуба при жевании , вследствие чего возможны сколы пломбы/стенок зуба. При возникновении вертикального перелома зуба, зуб подлежит удалению.

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 коронкой, у ребенка возможно развитие осложнений: рецидив кариеса, скол пломбы или собственных тканей зуба, перелом зуба,раннее потеря зуба.

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 реставраций и коронок.
5. 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 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 родителя или законного представителя: _____
Подпись врача: _____
Дата: _____