

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЮ,  
ЛЕЧЕНИЕ КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЗУБОВ И ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.**

Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, лечение, которые будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан**

Я, \_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_, ФИО полностью, год рождения \_\_\_\_\_

Врач осмотрел мою полость рта и я получил(а) подробную информацию о состоянии моих зубов, которая внесена в мою стоматологическую карту.

Я осведомлен(а) о степени активности поражения моих зубов кариесом (умеренной/высокой/очень высокой) и понимаю необходимость выполнения рекомендации врача для обеспечения продолжительности сохранения зубов и снижения риска новых кариозных поражений в будущем.

**Я предупрежден(а) о возможном риске или осложнениях:**

- 1) боли - при отказе от анестезии;
- 2) об изменении цвета, быстром выпадении или дефекте пломбы при несоблюдении рекомендаций врача;
- 3) развитии пульпита или периодонтита, если кариозная полость расположена близко к пульпарной камере зуба и слой дентина тонкий (глубокий кариес). В этом случае потребуется снять поставленную пломбу, пролечить каналы зуба и поставить новую пломбу.

**Врач разъяснил мне метод и возможные осложнения предложенного лечения:**

- 1) постпломбировочные боли при накусывании, появление отека мягких тканей или увеличение имевшегося отека после терапевтического вмешательства, необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зубов, необходимость удаления зуба в случае неэффективности терапевтических методов, возникновение периодонтальных явлений, и изменение рентгенологической картины после пломбировки каналов с плохой проходимостью или при наличии коллатеральных каналов, возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани, полости и каналы при эндодонтическом лечении зубов, возможность отлома эндодонтических инструментов в труднопроходимых каналах, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, инструмент может перфорировать стенку корня. Данные осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба. При перелечивании корневых каналов процент удовлетворительного результата эндодонтического лечения может снизиться из-за невозможности удалить полностью старую корневую пломбу или металлический штифт из корневого канала, сильной кальцификации корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорации, поломки инструментов);
- 2) при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя дать гарантии, что зуб не подвергнется кариозному разрушению или перелому в будущем.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, по усмотрению лечащего врача, его нужно будет защищать от перелома путем *ортопедического лечения (постановка искусственной коронки)*.

Врач разъяснил, и мне понятно, что после восстановления коронок зубов современными композиционными материалами качество реставрации может снижаться, то есть возможно изменение цвета, шероховатость, откол, выпадение пломбы при:

- 1) неудовлетворительной гигиене полости рта;
- 2) употреблении в пищу красящих продуктов (крепкий чай, кофе, свекла, черника, красное вино и др.);
- 3) полосканиях полости рта настоями трав;
- 4) использовании некоторых противомикробных препаратов (хлоргексидин, фуксин, метиленовый синий, бриллиантовый зеленый, йод), антибактериальной зубной пасты;
- 5) применений губной помады;
- 6) наличие вредных привычек, таких как курение, откусывание ниток, привычка грызть семечки, орехи, кости, твердую пищу, ногти и т.п.

Я предупрежден(а) о возможном риске и осложнениях при проведении анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции вследствие индивидуальной непереносимости, ограниченное открывание рта, обморок, коллапс, травмирование нервных окончаний (парез, парестезия, невралгия).

Я сообщил(а) точные данные о своем здоровье, обо все необычных реакциях на лекарства, анестетики, укусы насекомых, пищу, пыль и т.д. и согласен(а) на тип анестезии, избранной моим доктором.

**Мне сообщено и понятно, что для сохранения эффекта вышеперечисленных методов лечения и восстановления зубов необходимо:**

- 1) выполнять рекомендации врача;
- 2) соблюдать тщательную ежедневную гигиену полости рта;
- 3) проводить обследование и лечение у врачей-интернистов при наличии общих заболеваний, проявляющихся в патологии зубочелюстной системы;
- 4) посещать стоматолога в назначенное врачом время для контроля и возможной коррекции (шлифовка, полировка пломб) и профессиональной гигиены с периодичностью 2 раза в год

Я согласен(а) на предложенное лечение, диагностическое исследование, в том числе рентгеновское: *ортопантомограмма, прицельные рентгеновские пленочные и компьютерные снимки, и профилактику (с возможными отклонениями по усмотрению врача для достижения более благоприятного результата для моего блага)*.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Дата	№ зуба	Подпись пациента	Подпись врача

Дата	№ зуба	Подпись пациента	Подпись врача

Дата	№ зуба	Подпись пациента	Подпись врача