**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ**

**ЛЕЧЕНИЕ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ «ВОЛГА – ДЕНТ»**

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (а) с названными мне условиями его проведения.

**АНЕСТЕЗИЯ**

Большинство стоматологических манипуляций проводится под местной анестезией (обезболиванием). После проведения анестезии в редких случаях могут возникнуть следующие осложнения: аллергическая реакция на анестетик( крапивница, отёк Квинке, анафилактический шок), колебания артериального давления, вегетативные реакции(тахикардия, брадикардия, потливость, эмоциональное беспокойство), гематома, отёк мягких тканей, ограниченное открывание полости рта, временная потеря чувствительности тройничного нерва, травмирование слизистой, снижение внимания. **В случае появления дискомфорта Вы должны незамедлительно сообщить об этом лечащему врачу.**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА**

Мне сообщена, разъяснена лечащим врачом и понятна информация о сути данной процедуры: необходимость и частота проведения профессиональной гигиены полости рта в соответствии с на индивидуальным планом профилактических мероприятий; возможные негативные последствия частичного или полного отказа от проведения профессиональной гигиены(прогрессирование заболеваний пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налёта);возможные осложнения на этапах и после проведения гигиены(в процессе процедуры- дискомфорт, боль, отёк(припухлость) десны и окружающих тканей, кровотечение, образование гематомы, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; возможно выпадение дефектных пломб, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; после лечения – повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в дёснах, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

**ИНФОРМАЦИЯ О ГАРАНТИЯХ**

По причине специфики данной процедуры и индивидуальных особенностей организма гарантийные сроки строго индивидуальны.

**ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА**

Кариес - это необратимое разрушение твёрдых тканей зуба. Несвоевременное лечение кариеса приводит к разрушению твёрдых тканей зуба и таким осложнениям, как пульпит и периодонтит, заболеваниям пародонта, потере зуба. Лечение кариеса заключается в удалении разрушенных тканей зуба и пломбировании дефекта пломбировочным материалом, который подбирается индивидуально и зависит от локализации процесса, возраста пациента, общего состояния организма. После постановки пломбы возможны осложнения: воспаление пульпы из- за проникновения микробов, если слой дентина тонкий (глубокий кариес) или он повреждается в процессе обработки зуба; повышенная чувствительность при действии температурных раздражителей, при накусывании на пломбу.. **В случае появления дискомфорта Вы должны незамедлительно сообщить об этом лечащему врачу.**

**ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба) проводитсяпри лечении пульпита, периодонтита, иногда при лечении заболеваний пародонта, при подготовке зуба к протезированию. Оно заключается в инструментальной и медикаментозной обработке корневого канала с последующим его пломбированием. Отказ от эндодонтического лечения может привести к прогрессированию заболевания, развитию осложнений, появлению или нарастанию болевых ощущений, потере зуба. Эндодонтическое лечение может проводиться в несколько посещений. В некоторых случаях врач может назначить антибактериальную терапию. После эндодонтического лечения зуб становится более хрупким и должен быть восстановлен пломбой или коронкой. Возможные осложнения в процессе и после лечения: боль при накусывании, поломка инструмента внутри корневого канала, невозможность его извлечения, неэффективное эндодонтическое лечение по причине индивидуальных особенностей строения корневых каналов и состояния здоровья пациента. Соответственно, врач не может дать никаких гарантий на отсутствие осложнений со стороны зуба, лечённого эндодонтически, в ближайшие и отдалённые сроки.

**ПЕРЕЛЕЧИВАНИЕ РАНЕЕ ЗАПЛОМБИРОВАННЫХ КАНАЛОВ ЗУБА**

В этих случаях успех лечения значительно снижается, что связано: с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлический штифт, с сильной кальцификацией корневых каналов, что (в некоторых случаях) повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента), с искривлением корневых каналов. Возможны осложнения при перелечивании зуба, покрытого коронкой или являющегося опорой для зубного протеза: перелом зуба или его корня, что может привести к его удалению, необходимость снятия несъёмного протеза (коронки), а затем изготовление нового.

**Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, получил(а)** исчерпывающую информацию в устной форме по предполагаемому лечению.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения: диагноз, допустимость уточнения диагноза в процессе лечения, индивидуальный план лечения, возможность коррекции намеченного плана лечения, возможные альтернативные варианты, возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление или нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, нарушение общего состояния организма, возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (аллергические реакции, нарушение состава кишечной микрофлоры). Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Мне названы и со мной согласованы: технологии(методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является: выполнение мною плана профилактических мероприятий, рекомендованных врачом, могут понадобиться обследования (ортопантомограмма, прицельный снимок), консультация врачей - стоматологов иного профиля, врачей общего медицинского профиля, анализ на наличие аллергической реакции к применяемым препаратам. Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены полные ответы, разъяснения. Я внимательно ознакомился (ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ДАТА** | **ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА** | **ПОДПИСЬ ВРАЧА** | **ДАТА** | **ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА** | **ПОДПИСЬ ВРАЧА** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |