Приложение № 1

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. N 1051н

**Информированное добровольное согласие**

**на лечение кариеса и запечатывания ямок и фиссур**

      Я, **{ФИОПациента}**, **{ДатаРожденияПациента}** г. рождения, зарегистрированный по адресу:**{АдресПациента}** даю информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое вмешательство при оказании мне медицинского стоматологического лечения в {НазваниеСтруктурнойЕдиницы} доверяю врачу {ВрачПриёма} провести лечение кариеса и запечатывание ямок и фиссур. Врач {ВрачПриёма} поставил мне диагноз и обосновал необходимость проведения медицинского стоматологического лечения. Мне в доступной форме предоставлена полная информация о целях, методах оказания медицинской стоматологической помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской стоматологической помощи. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

     Мне разъяснено и понятно, что последствиями отказа от предложенного медицинского стоматологического лечения могут быть: прогрессирование кариеса, развитие его осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

     Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (ов).

     Я ознакомлен(а) с информацией, касающейся каждого аспекта лечения моих зубов, и понимаю, что лечение имеет своей целью сохранение моего здоровья.

     Мне предоставлена полная информация о необходимости соблюдения гигиены полости рта, обязательности контрольных осмотров и профессиональной гигиены полости рта (удаление зубных отложений).

     Врач в доступной форме объяснил мне, что кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали, в действительности гораздо больше, это связано с низкой прочностью расположенного под эмалью дентина. Мне объяснено и понятно, что дентин способен пропускать часть бактерий через свою толщу в пульпу зуба, поэтому при повреждении дентина в пульпе формируется очаг воспаления, размер которого зависит от протяженности кариозного дефекта. Очаг воспаления сохраняется после удаления кариеса и пломбирования зуба, а его ликвидация зависит от моей иммунной системы. По этой причине, спустя некоторое время после настоящего лечения зуба по поводу неосложненного кариеса, может потребоваться эндодонтическое лечение (пломбирование корневых каналов).

     Я понимаю, что даже при самых тщательных методах диагностики кариеса, врач не всегда может обнаружить кариозные повреждения на ранних стадиях. Это касается невидимых глазу поверхностей, которыми зубы соприкасаются друг с другом. Скрытые в толще эмали, такие полости не видны и на рентгеновских снимках. Такие дефекты могут быть обнаружены в ходе контрольных осмотров 1 раз в 3-6 месяцев.

     Мне также объяснено, что необходимо заменять реставрации, имеющие вторичный кариес или краевые щели, так как развитие кариозного поражения под такой реставрацией приведет к поражению пульпы и потребует лечения корневых каналов. Если зуб с такими реставрациями ранее уже подвергался лечению корневых каналов, то доступ бактерий к корневым каналам приведет к их инфицированию.

     Врач объяснил мне, что герметизация фиссур проводится с целью профилактики. Герметизация проводится без анестезии и заключается в покрытии фиссур тонкой пленкой специального материала. Это позволит при правильной гигиене полости рта значительно снизить риск поражения фиссур кариесом.

     Я понимаю и осознаю, что несвоевременное лечение кариеса приведет к осложнениям в виде необратимой гибели пульпы зуба, что существенно увеличит стоимость и сложность лечения данного зуба (зубов).

     Я осознаю и понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача-стоматолога, и, поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, установленному лечащим врачом и указанному в моей медицинской карте стоматологического больного).

     Я даю согласие на применение анестезии осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии при приеме анальгетиков и антибактериальных препаратов.

     Я в полном объеме проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья, особенностях моего организма, о наличии у меня заболеваний, о всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время, о принимаемых мною лекарственных препаратах, противопоказаниях, о наблюдении и лечении у врачей других специальностей.

     Понимая сущность предложенного медицинского стоматологического вмешательства и уникальность собственного организма, я согласен (а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

     Я внимательно ознакомился (ась) с настоящим информированным добровольным согласием на проведение медицинского стоматологического вмешательства и понимаю, что оно является документом, порождающим юридические последствия.

{ФИОПациента}

                                                                                                                     (подпись)

{ВрачПриёма}

                                                                                                                     (подпись)

{ДатаДоговора}