

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

от «____» _____ 20__ г.

Я, _____
(ФИО)

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____, являясь
законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания несовершеннолетнего пациента.

Профилактическое лечение делится в основном на:

- гигиену полости рта;
- герметизацию фиссур
- иные профилактические манипуляции. Например: профилактическая сепарация, реминерализующая терапия и т.д.

Гигиена полости рта.

Я был(а) информирован(а) врачом о том, что гигиена полости рта предусматривает тщательное и регулярное удаление зубных отложений с поверхностей зубов и десен самим пациентом с помощью различных средств гигиены (зубные щетки, зубные пасты и гели, жевательные резинки, эликсиры, ополаскиватели, интердентальные средства гигиены полости рта).

Основными предметами индивидуальной гигиены полости рта являются:

1. Зубные щетки.

Вспомогательные средства индивидуальной гигиены полости
полости рта являются:

1. зубные нити (флоссы);
2. ершики;
3. ирригаторы
4. щеточка для языка

Полная первичная гигиена рта с обучением правилам чистки зубов.

Посещение гигиениста особенно актуально для детей, у которых нет ни навыка, ни элементарной привычки к чистке зубов. Детский гигиенист при знакомстве с ребенком и его полостью рта определит индекс гигиены, окрасив зубной налет (при этом налет становится видимым, что удобно для контроля качества гигиены); затем счистить налет специальными щетками и пастой. Плотный пигментированный налет у детей постарше можно удалить с помощью «Аэр-фло» (пескоструйной обработки) или ультразвукового скейлинга. В случае необходимости будет проведена герметизация здоровых фиссур.

Герметизация фиссур.

Я был(а) информирован(а) врачом о том, что герметизация фиссур представляет собой обработку жевательной поверхности зубов силантом (специальным герметиком), который заполняет (запечатывает) фиссуры, делая жевательную поверхность зуба более ровной и существенно менее подверженной риску возникновения кариеса. Используемый для герметизации фиссур материал (силант), как правило, представляет собой специальные композитные смолы, которые отверждаются химически или с помощью света. Благодаря своей высокой текучести, силант легко проникает даже в очень узкие и глубокие фиссуры до самого их дна, выравнивая жевательную поверхность зуба и облегчая ее гигиену. Материал влагонепроницаем и очень прочен, что позволяет надолго (до 5-8 лет) защитить зубы от фиссурного кариеса. Кроме того, силант способствует насыщению эмали зубов фтором.

Герметизация фиссур может быть проведена как детям, так и взрослым. Особенно эффективна герметизация фиссур в детском возрасте (от 4 до 13 лет) на молочных зубах, так как молочные зубы в отличие от постоянных гораздо более подвержены риску поражения кариесом.

Я был(а) информирован(а) врачом о том, что герметизация фиссур включает в себя следующие этапы:

- Тщательная очистка зуба от остатков пищи и налета.
- Высушивание жевательной поверхности зуба
- Изолирование зуба от слюны специальными валиками
- за-секундная обработка фиссур 32% ортофосфорной кислотой
- Промывание фиссур дистиллированной водой
- Высушивание жевательной поверхности зуба
- Заполнение фиссур силантом в жидком состоянии

- Отверждение материала с помощью света специальной лампы
 - Удаление избытков силанта и пришлифовывание материала на жевательной поверхности зуба
- Процедура проходит довольно быстро (от 5 до 40 минут в зависимости от количества обрабатываемых зубов) и абсолютно безболезненна для пациента.

Я также был(а) предупрежден(а) врачом о том, что относительными противопоказаниями к герметизации фиссур являются:

- Слишком широкие, хорошо сообщающиеся фиссуры
- Уже имеющийся на поверхности зубов кариес
- Фиссуры, не подверженные кариесу более четырех лет

Я также был(а) предупрежден(а) врачом о том, что герметизация фиссур имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, это биологическая процедура, которая, как любая временная и профилактическая процедура,

не может иметь гарантии на успех и не избавит пациента от кариеса навсегда.

Я также был(а) предупрежден(а) врачом о том, что результаты процедуры необходимо поддерживать регулярной гигиеной полости рта и профилактическими визитами к специалисту-стоматологу (не менее 3-х раз в год)

Я понимаю то, что говорить об альтернативных методах лечения не приходится, так как герметизация фиссур лечением вообще не является, а является лишь профилактической процедурой.

Так же я предупрежден о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Мне было разъяснено и понятно, что последствиями отказа от проведения герметизации фиссур могут быть: развитие кариозного процесса.

Я проинформировал врача обо всех случаях аллергии на медикаментозные препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль в прошлом и настоящее время. Я обязуюсь незамедлительно сообщать моему лечащему врачу обо всех изменениях моего здоровья.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я соглашаюсь с тем, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а), возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях. Я подтверждаю, что в Анкете назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Я имел возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил на них удовлетворяющие меня ответы и на основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства врачом клиники.

Беседу провел врач _____ / _____
(подпись, Ф.И.О.)

Пациент (Законный представитель несовершеннолетнего пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства _____ (подпись)