

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ОКАЗАНИЕ УСЛУГИ ПО ЛЕЧЕНИИ
ГЛУБОКОГО КАРИЕСА И(ИЛИ) НАЧАЛЬНОГО ПУЛЬПИТА**

Я, _____, года рождения, даю информированное добровольное согласие на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр ротовой полости и зубов, лабораторные и рентгенологические методы обследования, для выполнения мне стоматологического терапевтического лечения зубов - глубокий кариес и(или) начальный пульпит.

Медицинский работник _____ в доступной для меня форме дал разъяснения о целях и методах лечения глубокого кариеса или начального пульпита, объяснил в понятной форме план лечения, включая ожидаемые результаты, риски, альтернативные методы, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также - необходимые исследования и врачебные манипуляции, связанные с этим.

До начала процедуры я получил(а) от врача интересующую меня информацию о предстоящем процедуре, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от неё, либо дать свое согласие на её проведение.

Настоящим, я даю информированное добровольное согласие на выполнение мне

(полное наименование стоматологической услуги)

Я информирован(а) о сложной клинической ситуации в области _____ зубов, с которой я обратился в медицинскую организацию вследствие несвоевременного обращения к стоматологам, негерметичности предыдущих реставраций, общего состояния организма, а также местным кариозным процессом (близко расположенная пульпарная камера).

Для того, чтобы сохранить пульпу зуба и отсрочить девитализацию зуба (удаление пульпы), что в последствии может привести к раннему протезированию или потере зуба, Мне предложено следующее лечение:

1. Удалить кариозные измененные и инфицированные структуры зуба.
2. Провести противовоспалительную и репаративную (восстановительную) терапию.
3. Восстановить коронковую часть зуба.

Ожидаемый результат: Удаление инфекционного агента, купирование воспалительного процесса и восстановление жевательной эффективности.

Мне разъяснено, что в данной клинической ситуации, невозможно дать гарантию на успешный исход лечения, т.к. глубина кариозного процесса, некачественное предыдущее лечение и другие факторы в совокупности, привели к возникновению очага инфекции, который может распространяться и на пульпу. В связи с тем, что кариес является хроническим процессом, инфицирование и воспаление пульпы могли протекать, в течение длительного времени, без симптомов. Если в ходе или последствии лечения окажется не эффективным, то это вызвано глубиной поражения зуба, и обуславливается только особенностями и возможностями организма пациента.

Я предупрежден(а) о том, что если в процессе или после лечения возникнут болевые ощущения, то мне необходимо сразу же обратиться к своему лечащему врачу медицинской организации.

Для избежания дальнейшего распространения инфекционно-воспалительного процесса мне будет проведено эндодонтическое лечение (удаление пульпы зуба и пломбирование каналов зуба).

Я подтверждаю, что полученной от врача информации мне достаточно.

С положением о гарантийных сроках ознакомлен(а).

Даю свое согласие на фото и видеосъемку.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы, информация была доведена до меня в понятной и доступной форме.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю своё согласие на выполнение стоматологического

терапевтического лечения зубов - глубокий кариес и(или) начальный пульпит в предложенном объёме.

Пациент _____

Врач _____

Дата _____