

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
«установка терапевтического винира»**

1. Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований: статей 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункта 14, 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП РФ от 04.10.2012 года № 1006); ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

2. Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.**

3. Согласно ч. 2 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 в отношении лица, не достигшего возраста 15 лет, согласие на медицинское вмешательство дает один из его родителей либо иной законный представитель¹

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) моим лечащим врачом о поставленном диагнозе:

_____ и необходимости лечения зубов в соответствии с Предварительным планом лечения.

Я получил(а) объяснения по поводу моего заболевания и Предварительного плана лечения.

Терапевтические виниры – это пломбирование передней поверхности зубов композитным светоотверждаемым материалом.

Цели лечения: улучшение внешнего вида (формы, размера, цвета) фронтальных зубов.

Абсолютные противопоказания:

- патологии прикуса, сопряженные с повышенной нагрузкой на передние зубы;
- физиологический прямой прикус;
- патологии жевательных мышц, приводящие к чрезмерным мышечным сокращениям;
- отсутствие жевательных зубов.

Относительные противопоказания: скрежет зубами (бруксизм), частое прикусывание ручек, пародонтит, неправильный прикус, допускающий его коррекцию.

Метод лечения: под анестезией производится пришлифовка эмали на передней поверхности зуба, медикаментозная обработка поверхности, протравливание эмали кислотой для лучшей адгезии. Затем наносится композит.

Возможные риски и осложнения:

- сколы виниров;
- усиление чувствительности;
- изменение цвета, пигментация по контуру винира;
- воспаление пульпы («нерва»).

Предполагаемые результаты: Мне понятно, что реставрация виниром является сложной процедурой, поскольку очень сложно повторить цвет, форму, структуру поверхности и индивидуальные особенности зуба

¹ Уважаемые родители, в силу ст. 63, 64 СК РФ, ст. 28 ГК РФ информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство не может быть подписано бабушкой, дедушкой, тетей и прочими родственниками, не являющимися законными представителями детей. Принимать решения относительно здоровья ребенка, не достигшего возраста 15 лет, могут только его законные представители.

при помощи композита, поэтому я соглашаюсь с тем, что, согласно моей субъективной оценке эстетического результата, реставрированный зуб может несколько отличаться от соседних зубов.

Прогнозы:

- **Косметический эффект:** Терапевтические виниры используются в основном для улучшения внешнего вида зубов и улучшения улыбки. В правильных условиях, с учетом индивидуальных особенностей и пожеланий пациента, результат может быть высоко эстетичным.

- **Долговечность:** Виниры могут служить долгое время, но также подлежат износу и могут требовать замены через несколько лет.

- **Изменение прикуса:** В случае, если виниры используются для коррекции прикуса, прогноз будет зависеть от успешности коррекции и стабильности результата во времени.

- **Соблюдение рекомендаций по уходу:** Регулярная чистка зубов, использование зубной нити и другие рекомендации по уходу могут влиять на долговечность виниров.

Возможные последствия отказа: дальнейшее ухудшение внешнего вида эмали зубов.

Рекомендации после установки виниров:

1. Правильная гигиена полости рта:

- Чистите зубы два раза в день с использованием мягкой зубной щетки.
- Используйте зубную нить для очистки пространства между винирами и зубами.
- Избегайте агрессивных зубных паст, содержащих абразивные вещества.

2. Регулярные посещения стоматолога:

- Посещайте своего стоматолога для регулярных контрольных осмотров и профессиональной чистки.
- Врач может рекомендовать чаще контролировать состояние ваших виниров в течение первого года после установки.

3. Избегайте парафункциональных привычек:

- Постарайтесь избегать скрежетания зубами и других парафункциональных привычек, чтобы предотвратить износ виниров.

4. Остерегайтесь потенциальных повреждений:

- Избегайте кусания твердых предметов или использование зубов для открывания упаковок.
- Если у вас есть ночной бруксизм, обсудите с врачом возможность использования ночной защиты.

5. Берегите от изменения цвета:

- Ограничьте потребление кофе, чая, красного вина и никотина.

6. Следуйте рекомендациям по уходу:

- Врач может предоставить вам индивидуальные рекомендации по уходу за винирами.
- Если возникнут какие-либо проблемы или неудобства, связанные с винирами, обратитесь к врачу.

7. Информировать о любых изменениях:

- Своевременно сообщайте стоматологу о любых изменениях, таких как боли, чувствительность или сколы виниров.

Альтернативные варианты лечения: протезирование винирами, изготовленными в лаборатории; протезирование коронками.

Обезболивание: мне разъяснена необходимость применения обезболивания (местной инъекционной анестезии) с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул.

Мне разъяснено, что анестезия может привести в редких случаях к аллергии, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора травмирует мягкие ткани и может вызвать гематому, отечность десны, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при стрессе, в области существующего воспаления, в области нижней челюсти, после употребления алкоголя или наркотических веществ.

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

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

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 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.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной эстетический результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке (сроке службы) и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь права на гарантию.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути лечения и получены исчерпывающие ответы на них. Мне понятно значение всех медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента и договора на оказание платных стоматологических услуг, понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для установки терапевтических виниров на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись врача) (расшифровка подписи)

Дата «__» _____ 20__г