Приложение к истории болезни пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное согласие на проведение терапевтического лечения.**

*Я*, ....................................................................................................................................................................., настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован (а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания­­­­­­­­­­­­­­­­ ……………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Лечащим врачом мне разъяснено, кариес-это патологический процесс, развивающийся после прорезывания зубов и проявляющийся деминерализацией и размягчением твёрдых тканей зубов ( эмали и дентина) с последующим образованием полости, а так же мне даны разъяснения о конкретной разновидности диагностированного у меня заболевания

Кариес эмали (поверхностный кариес)- на зубе произошло помутнение эмали, видимых разрушений нет, инструментальное обследование зондом не дало никаких признаков изменения структуры или на поверхности зуба появилась тёмная пигментация, при осмотре зуба зондом выявлено размягчение эмали.

Средний кариес-поражены ткани эмали и дентина.

Глубокий кариес- при этой форме кариеса разрушается основная масса дентина в пределах кариозной полости. Только тонкий слой дентина отделяет кариозную полость от пульпы.

Кариес цемента- почти полное разрушение зуба.

А так же иные болезни твёрдых тканей зубов.

Я предупрежден (а) о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение осложнения в виде новых заболеваний- пульпита и периодонтита. Врачом мне было разъяснено, что с учётом диагноза моего заболевания лечение кариеса будет включать в себя следующие этапы:

* Анестезия
* Очищение от некротизированных тканей эмали и дентина, формирование стенок и дна полости для оптимального наложения пломбы, обработка антисептиками.
* Наложение лечебной или изолирующей прокладки, наложение пломбы.
* Пришлифовка пломбы (по прикусу).
* Воссоздание вида здорового зуба.

Я предупрежден (а) о том, что поражение зуба, которое кажется небольшим на поверхности эмали зуба, может оказаться значительным внутри. Это повлечёт за собой большую площадь обработки зуба и возможно, непреднамеренное вскрытие полости зуба. В этом случае необходимо будет провести эндодонтическое лечение зуба (депульпирование), что приведёт к увеличению стоимости.

Альтернативными методами лечения являются:

* Изготовление вкладки или накладки;
* Установление коронки;
* Удаление зуба;
* Отсутствие лечения вообще.

Я предупрежден (а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведённого медицинского вмешательства:

* Гематома - после проведения местной анестезии, проходит самостоятельно в течение недели.
* Рецидивирующий или вторичный кариес ( формирование кариозной полости рядом с пломбой)
* Скол стенки зуба - может возникнуть в любой срок.
* Отлом коронковой части зуба при циркулярном кариесе.
* Развитие осложнённых форм кариеса (пульпит, периодонтит) после лечения глубокого кариеса.
* Появление болевых ощущений при накусывании и в покое.
* Не соответствии пломбы цвету эмали.
* Изменение цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечение продуктов, содержащие красящие вещества.
* При наличии желудочно-кишечных заболеваний возможно появление тёмной полосы между пломбой и тканями зуба.

Я предупрежден(а) о невозможности предоставления гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении лечения. Мне разъяснено, что симптомами большинства из перечисленных выше последствий и осложнений являются болевые ощущения в области пролеченного зуба и что при их появлении мне необходимо обратиться к лечащему врачу для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений и проведения при необходимости повторного лечения. Я имел(а) возможность задать доктору все интересующие меня вопросы получил(а) удовлетворяющие меня ответы на них, на основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение и уполномочиваю на проведение лечения врача…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Я внимательно ознакомился(лась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью болезни.

Подпись пациента:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_