

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

(герметизация фиссур)

Данное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства № 736 от 11.05.2023.

Я _____

(Ф.И.О. полностью)

Данный раздел заполняется при оказании услуг лицам, не достигшим 15-ти лет:

являясь законным представителем (указать Ф.И.О. ребенка):

_____ дата рождения ребенка _____

при оказании мне (представляемому) стоматологических услуг в ООО «Терапия Красоты+» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство – герметизация фиссур.

Фиссуры – это естественные углубления на зубах в виде борозд или ямочек. Данные участки являются достаточно труднодоступными, что приводит к недостаточной гигиене, попаданию в них патогенных микроорганизмов и развитию кариеса. Герметизация – это заполнение фиссур специальным герметическим составом (герметиком), некоторые виды герметика застывают под действием ультрафиолетовой лампы.

Альтернативные варианты: отказ от медицинского вмешательства; динамическое наблюдение за состоянием зубов.

Я подтверждаю, что врач проинформировал меня о планируемом медицинском вмешательстве и его методе: герметизацию могут проводить двумя разными методами: инвазивным и неинвазивным. Герметизация фиссур проводится в несколько этапов: удаление зубного налета с поверхности зуба (по показаниям может быть рекомендована профессиональная гигиена полости рта); препарирование и раскрытие фиссур с помощью специальных инструментов в пределах поверхностной эмали на коронке зуба (инвазивный метод); медикаментозная обработка; нанесение герметика с последующей полировкой. Герметики различаются прозрачностью и видимостью на зубах. Метод герметизации, используемые материалы выбираются врачом индивидуально по медицинским показаниям.

Я понимаю, что при препарировании и раскрытии фиссур (инвазивный метод) может быть обнаружен кариес, соответственно может измениться диагноз, тактика лечения, а также потребоваться терапевтическое лечение кариеса за отдельную плату.

Цель герметизации фиссур: профилактика возникновения кариеса на окклюзионных поверхностях.

Основными последствиями отказа от медицинского вмешательства могут быть: возникновение кариеса, развитие его осложнений, в том числе воспаление пульпы, периодонтит; появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов), нарушение общего состояния зубов и организма; развитие иных заболеваний костной ткани, мягкой ткани, зубов и полости рта.

Я осознаю и мне разъяснено, что во время герметизации фиссур могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. Я согласен (согласна) на то, что вид и тактика медицинского вмешательства может

быть изменена врачом по его усмотрению с целью обеспечения максимальной защиты организма во время медицинского вмешательства.

Возможные риски и осложнения: возникновение кариеса, что приведет к необходимости терапевтического лечения либо лечения корневых каналов или удаления зуба; индивидуальные аллергические реакции на материалы и компоненты; истирание, сколы, нарушение краевого прилегания герметика, частичная или полная утрата герметика, что может потребовать повторной герметизации; несоответствие цвета герметика цвету эмали.

Предполагаемые результаты: снижение риска развития фиссурного кариеса. На результаты герметизации фиссур могут влиять такие факторы как состояние гигиены рта, активность кариеса, возраст, содержание фтора в питьевой воде и др. Гарантийные сроки, сроки службы на герметизацию фиссур не устанавливаются. Определить точно степень эффективности герметизации фиссур не представляется возможным, что делает объективно невозможным точное прогнозирование результатов лечения. Я осведомлен(а), что герметики не защищают контактные поверхности зубов от кариеса.

Я проинформировал(а) врача обо всех сведениях, которые могут каким-либо образом повлиять на процесс и результат лечения, в т.ч. о наличии заболеваний (в т.ч. перенесенных), лечении в других медицинских организациях, противопоказаниях к применению каких-либо лекарств или процедур, обо всех случаях аллергии на лекарственные препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль в прошлом и настоящее время, сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических, токсических и психотропных средств. Я обязуюсь незамедлительно сообщать врачу обо всех изменениях моего (представляемого) здоровья.

Я подтверждаю, что врачом мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора герметизации фиссур, я имел(а) возможность полностью обсудить с врачом предстоящее медицинское вмешательство.

Также я информирован(а) о возможности получения бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) в других медицинских организациях. Я информирован(а), что ООО «Терапия Красоты+» НЕ участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мною прочитаны, разъяснены мне медицинским работником и понятны.

Я добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство – герметизацию фиссур на описанных выше условиях и обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Я уведомлен(а) о том, что для герметизации фиссур может потребоваться несколько посещений в зависимости от клинического случая. Я согласен (согласна), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем информированном добровольном согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной. Получения от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача во время прохождения лечения не требуется.

Согласен на герметизацию фиссур:

Дата подписания	Номер зуба (зубов)	Подпись пациента/ законного представителя	Фамилия, инициалы врача	Подпись врача
-----------------	--------------------	---	----------------------------	---------------