

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

(лечение кариеса методом инфильтрации ICON)

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 – лечение кариеса методом инфильтрации ICON.

Кариес – это патологический процесс, проявляющийся в деминерализации и размягчении твердых тканей зуба с последующим образованием полости.

Альтернативные варианты: лечение терапевтическим методом (препарирование, пломбирование); удаление пораженного зуба (зубов); отказ от лечения.

Я подтверждаю, что врач проинформировал меня о планируемом лечении кариеса и его методе: лечение кариеса методом инфильтрации ICON происходит без применения бормашины, возможно только на ранних стадиях кариозного процесса и включает в себя: очистку зубов и ротовой полости, просушку, установку межзубных клиньев для выделения рабочей поверхности и защиты других зубов, нанесение протравочного геля (содержит соляную кислоту) примерно на 2 минуты, смывание геля, тщательную просушку зубов с помощью напора воздуха и кондиционера (содержит этанол), нанесение инфильтрата (содержит полимер метакрилат), просвечивание ультрафиолетом.

Показания к лечению: начальный тип кариеса, микроинвазивное лечение кариеса эмали без образования дефекта, меловые пятна после ортодонтического лечения (снятия брекетов), начальный кариес в труднодоступных областях (особенно в межзубных промежутках).

Противопоказания к лечению: лечение кариеса методом инфильтрации ICON нельзя проводить при развитой форме заболевания кариесом, которая поразила более чем одну треть дентина; заболевания эмали (эрозия, гипоплазия и т.д.); детский возраст до трех лет; индивидуальные аллергические реакции на материалы и компоненты.

Цель лечения: снижение риска развития кариеса на ранних стадиях; эстетический результат на гладких поверхностях.

Основными последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирование заболевания (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 лечения 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: - даже при успешном завершении лечения зуб может подвергнуться дальнейшему кариозному разрушению, что приведет к необходимости повторного лечения, либо терапевтического лечения (препарирование, пломбирование), либо лечения корневых каналов или удаления зуба;

- индивидуальные аллергические реакции на материалы и компоненты;

- химические ожоги при попадании протравочного геля (содержит соляную кислоту) на слизистую рта;

- дискомфорт при установке межзубных клиньев.

Предполагаемые результаты: ликвидация патологического процесса; восстановление эстетической и жевательной функции зуба. Даже при успешном завершении лечения нельзя дать гарантии, что зуб не подвергнется кариозному разрушению или перелому в будущем.

Я уведомлен(а), что после лечения методом ICON обязательно проведение профессиональной гигиены полости рта и профилактических осмотров 1 раз в 6 месяцев, для контроля полученного результата лечения и предупреждения развития кариозного процесса.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и предотвратить, и которые не зависят в полной мере от квалификации, действий (бездействий) медицинского персонала. Я понимаю, что возникновение указанных осложнений, таким образом, не являются следствием некачественно оказанной мне услуги (дефектом медицинской услуги).

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 лечения кариеса методом инфильтрации ICON, 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 – лечение кариеса методом инфильтрации ICON на описанных выше условиях и обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Я уведомлен(а) о том, что для проведения лечения кариеса методом инфильтрации ICON 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 лечение кариеса методом инфильтрации ICON:

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