

## Информированное добровольное согласие

### на медицинское вмешательство

#### герметизацию фиссур временных и постоянных зубов

г. Бердянск

{ТекущаяДата}г.

*Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства*

Я, (отец, мать, опекун - нужное подчеркнуть), {Родитель}, являясь законным представителем ребенка {ФамилияИмяОтчество}, соглашаюсь с тем, что необходимо терапевтическое лечение (герметизация фиссур и слепых ямок зубов)\_\_\_\_\_.

Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого лечения.

1. Фиссуры и ямки — это естественные углубления на поверхности зуба. Это зоны, где кариес возникает в первую очередь, риском для возникновения фиссурного кариеса является то, что эмаль, покрывающая эти углубления, слабо минерализована. Щелевидное строение фиссур не позволяет удалить налет при чистке зубов и не даёт проникать слюне для самоочищения и минерализации эмали. Ранняя диагностика кариеса фиссур затруднена.
2. Показаниями для герметизации фиссур являются: зубы с низкой степенью минерализации, недавно прорезавшиеся; зубы с глубокими ямками и фиссурами; кариес молочных зубов в анамнезе; кариес в одном или нескольких постоянных зубах; кариес в анамнезе у братьев и сестер, родителей; как часть профилактической композитной реставрации.
3. Герметизация фиссур применяется для предотвращения возникновения кариеса на окклюзионных поверхностях и в ямках гладких поверхностей. Профилактический успех этой процедуры объясняется прочным соединением герметика с тканями зуба, предотвращающим микроподтекание питательных для микрофлоры веществ в подлежащие пространства ямок и фиссур.
4. Альтернативный метод-профилактическое пломбирование.
5. Мне объяснили, что зубы следует герметизировать как можно быстрее после прорезывания, затем тщательно наблюдать и повторно герметизировать или обновлять герметик при необходимости, в течение 4-5 лет после прорезывания зуба в полость рта.
6. Неинвазивная герметизация фиссур заключается в удалении зубного налета с поверхности зуба, медикаментозной обработке и нанесении герметика с последующей полировкой.
7. Инвазивная герметизация фиссур заключается в расшифровке естественных углублений в пределах поверхностной эмали на коронке зуба с целью устранения налета в фиссурах и создания доступа для качественного их осмотра, и последующей герметизации (заливке) специальными материалами- герметиками.
8. В ходе лечения при наличии показаний к расширению объёма вмешательства может потребоваться изменение плана лечения, а именно, лечение кариеса зуба.
9. Во время герметизации возможно применение коффердама, препятствующего проникновению в рабочую зону слюны, предотвращающего случайное попадание в дыхательные пути мелких инструментов и мелкодисперсных отходов и их заглывание, а также защищающего слизистую оболочку от воздействия применяемых в процессе лечения зуба веществ.
10. В случае отказа от герметизации фиссур у ребенка возможно развитие осложнений: кариес, а в последующем пульпит (воспаление сосудисто-нервного пучка зуба), периодонтит (воспаление окружающих зуб тканей с поражением кости, вплоть до выраженного отека), периостит (воспаление надкостницы).
11. Развитие осложнений может привести к удалению временного зуба и поражению зачатка постоянного зуба (появлению пятна, кариозному поражению недавно прорезавшегося постоянного зуба, гибели зачатка постоянного зуба).
12. Раннее удаление временных зубов может привести к затруднению или нарушению сроков прорезывания постоянных зубов, их прорезыванию со смещением, разворотом коронки зуба, смещению нижней челюсти, стойкому формированию аномалий прикуса, развитию логопедических дефектов речи. Также отсутствие зубов влияет на качество пережевывания пищи и формирование косметических недостатков.
13. Меня ознакомили с факторами, влияющими на успех лечения: правильный уход за полостью рта, имеет решающее значение для сохранения здоровых зубов и целостности реставраций. Регулярное посещение стоматолога - 1 раз в 3-6 месяцев, в соответствие с индивидуальными показаниями.
14. Я проинформировал (-а) доктора о всех случаях аллергии моего ребенка к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем. Мне были объяснены всевозможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.
15. Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в виде временной потери чувствительности в области обезболивания.
16. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.
17. Введение анестетика проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечности десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.
18. Я согласен(а) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.
19. Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемого лечения, включая осложнения.
20. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
21. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

**Подпись представителя ребенка (мать, отец, опекун)      Подпись врача**

\_\_\_\_\_ / {Родитель}, /

\_\_\_\_\_ /{Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}