**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на выбор метода восстановления зубов.**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я, в соответствии со статьей 20 Федерального закона «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» от 20.11.2011 г. №323-Ф3, даю добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Минздрава РФ от 23.04.2012г. №390н, с целью восстановления витальных зубов композитными пломбами/ керамическими вкладками/ винирами /коронками.

1. На зубе/зубах имеется кариозное поражение. Кариозное поражение занимает примерно% от объема твердых тканей зуба (степень разрушения зуба/ зубов определена до начала препарирования).

2. Врач в доступной форме донес до меня информацию о том, что окончательную степень разрушения зуба можно будет определить только после иссечения всех пораженных тканей и старых реставраций.

3. Метод восстановления анатомической формы зуба зависит от оценки степени разрушения коронковой части зуба после препарирования (в соответствии с нормативными документами Стоматологической Ассоциации России, далее СтАР)

4. Для оценки степени разрушения зуба применяется метод ИРОПЗ (индекс разрушения окклюзионной поверхности зубов), который представляет собой соотношение размеров площади «полость/пломба» к жевательной поверхности зуба (в соответствии с нормативными документами СтАР).

5. Метод определения степени разрушения коронковой части зуба является субъективным. Я доверяю своему лечащему врачу оценку степени разрушения коронковой части зуба и выбор метода восстановления утраченных тканей зуба.

6. Мне разъяснено, что существует несколько методов восстановления зубов:

- Метод восстановления коронковой части зуба пломбировочным (композитным) материалом. Применяется в случае разрушения зуба менее 40% (в соответствии с нормативными документами СтАР).

- Метод восстановления коронковой части зуба анатомической вкладкой. Применяется в случае разрушения зуба не более 60% (в соответствии с нормативными документами СтАР).

- Метод восстановления коронковой части зуба индивидуальной штифтовой вкладкой и искусственной коронкой. Применяется в случае разрушения зуба более 60% (в соответствии с нормативными документами СтАР).

\* Так же существует ряд факторов влияющих на выбор метода восстановления зубов, таких как групповая принадлежность зуба, витальность зуба, особенности прикуса, эстетические факторы, особенности анатомического строения зуба и т.д.

7. При лечении витального зуба методом восстановления утраченных тканей с применением композитных материалов/керамических вкладок/ керамических коронок/ керамических виниров возможно развитие осложнений таких, как пульпит и периодонтит.

8. Мне объяснено, что сохранение витальности моего зуба/зубов продиктовано принципом наименьшей инвазивности вмешательства.

9. Врач уведомил меня о том, что для своевременного предотвращения осложнений необходимо проводить рентгенологическую диагностику восстановленного зуба не реже чем 1 раз в 6 месяцев в течении 3-х лет, если не оговорен другой график.

10. Мне даны полные и всесторонние разъяснения о комплексе лечебнодиагностических мероприятий с целью получения наиболее благоприятного результата.

11. Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах медицинского вмешательства, о его возможных последствиях.

12. Я проинформировал (а) врача об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности.

13. Я имел (а) все возможности задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них исчерпывающие ответы.

14. Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_