

Информированное добровольное согласие на лечение кариеса и иных болезней твердых 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 и понятно, что с учетом диагноза моего заболевания лечение кариеса будет включать в себя следующие этапы: анестезия, наложение коффердама (изоляция зуба от полости рта латексной завесой), очищение от некротизированного дентина и эмали с помощью сверления, формирование стенок и дна для оптимального наложения пломбы, обработка антисептиками, наложение лечебной или изолирующей прокладки, наложение пломбы, шлифовка пломбы к остальным зубам (по прикусу), чтобы она не мешалась при жевании, воссоздание вида здорового зуба, соблюдая все анатомические тонкости.

Я предупрежден, что поражение зуба, которое кажется небольшим на поверхности эмали зуба, может оказаться значительным внутри. Это повлечет за собой большую площадь обработки зуба и, возможно, ненамеренное вскрытие полости зуба. В этом случае необходимо будет провести эндодонтическое лечение зуба (депульпирование), что приведет к увеличению стоимости лечения. Альтернативными методами лечения является: изготовление вкладки или накладки; установление коронки; удаление зуба или отсутствие лечения вообще.

Я проинформирован (проинформирована), что после проведенной реставрации передних зубов в первые сутки нельзя употреблять красящие продукты: крепкий чай, кофе, свекла, красное вино и др. Я предупрежден (предупреждена), что после закрытия кариозной полости живого зуба пломбировочным материалом, на некоторое время может повыситься чувствительность данного зуба, которая будет постепенно проходить.

Я проинформирован(а) о возможных осложнениях на разных этапах лечения.

При препарировании зубов:

- под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола иглы, аллергические реакции, повышения артериального давления;
- последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры, обострение хронических заболеваний.

Я проинформировал врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение консультации в ООО «Виктория Дент».

(подпись пациента)