



Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства КУЛЬТЕВЫЕ ВКЛАДКИ

Я _____ уполномочиваю врача-стоматолога _____ провести протезирование зубов коронками и мостами с использованием культевых вкладок. Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного протезирования.

Доктор разъяснил мне, что культевыми вкладками восстанавливается сильно разрушенная или отсутствующая коронковая часть зуба (часть зуба, располагающаяся над десной). В каждом конкретном случае возможность лечения культевыми вкладками доктор определяет исходя из данных рентгенограммы, состояния окружающих тканей зуба, истории болезни и др.

Осложнениями при лечении культевыми вкладками являются перелом корня (корней) зуба, обострение хронических процессов в окружающих зуб тканях. Я понимаю, что при лечении культевыми вкладками никакой гарантии успешного лечения нет и не может быть дано.

Альтернативой лечению культевыми вкладками является удаление зуба, которое, соответственно, влечет за собой изменение конструкции или вида протеза.

Доктор предупредил меня, что лечение любого заболевания у любого врача, связано с определенным риском, в частности, в стоматологической практике встречаются следующие риски.

Реакция на обезболивание. Чтобы мне было комфортно при обработке моих зубов, мне будет сделано местное обезболивание. Доктор меня предупредил, что в очень редких случаях может возникнуть аллергическая реакция на обезболивающее лекарство, которая может потребовать неотложной медицинской помощи. Обезболивающие средства могут также временно вызвать сонливость и ухудшение координации. Доктор меня предупредил, что после стоматологического вмешательства нужно быть осторожным при управлении машинами и механизмами, в том числе и автомобилем.

Болевые ощущения в суставе. Так как в течении лечения я буду долго держать рот открытым, то после посещения в течение нескольких дней могут быть трудности при открывании и закрывании рта и боль в височно-челюстных суставах. Доктор предупредил меня об этом, и о том, что это осложнение обычно проходит само по себе.

Стоматологическое вмешательство может привести к потертостям или трещинам в области углов рта в течение нескольких дней. Это тоже пройдет без всякого лечения.

Последствия отказа от лечения. Если я отказываюсь от предлагаемого лечения, то проблемы, связанные с поражением и отсутствием зубов будут развиваться дальше. Это приведет к дальнейшему разрушению и преждевременной утрате зубов, к деформации зубных рядов, к перераспределению жевательного давления на другие зубы и их функциональную перегрузку, к неправильной работе височно-челюстных суставов и к патологическим изменениям в них.

Неправильная форма разрушенного зуба может также вызвать преждевременную утрату кости вокруг него.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задать интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Дополнительная информация

Пациент _____

Доктор _____