

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
на реплантацию зуба.**

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 добровольно обращаюсь в клинику Исполнителя для проведения стоматологического лечения и даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство - **реплантацию постоянного зуба.**

Я получил информацию о том, что реплантация постоянного зуба - это хирургический метод лечения острой травмы зуба (вывих зуба полный), при котором постоянный зуб после предварительной подготовки вне полости рта самого зуба и лунки возвращается на свое место в челюсти и временно фиксируется к соседним зубам или капами. Данный метод используется в качестве альтернативы удалению зуба. Временные (молочные) зубы реплантации не подлежат.

Дополнительными методами обследования для установления точного диагноза при травме зубов могут быть прицельная контактная внутриротовая рентгенография, конусно-лучевая компьютерная томография, панорамная рентгенография, рентгеновский снимок черепа в боковой проекции (ТРГ). Данные исследования могут назначаться врачом, они не входят в процедуру реплантации зуба и оплачиваются дополнительно.

Критическим фактором влияющим на прогноз реплантации зуба, является нахождение зуба в сухой среде. Если время нахождения зуба в сухости равно или превышает 60 минут, то все клетки периодонта считаются нежизнеспособными и прогноз реплантации будет сомнителен. Поэтому, «время высушивания» (т.е. время, которое зуб находился после травмы и до его реплантации или помещения в раствор) является важным фактором, который играет важную роль в успехе данного вида медицинского вмешательства.

Дополнительные манипуляции, необходимые для успешного прогноза лечения, зависят от тяжести травмы и массивности местных повреждений тканей. При переломах стенки лунки проводится соответствующее оперативное лечение. При нарушении целостности мягких тканей вокруг лунки накладываются швы, делается по показаниям пластика мягких тканей альвеолярного отростка. При нарушении целостности коронковой части зуба параллельно с реплантацией или отсрочено выполняется восстановление коронковой части зуба временными или постоянными материалами. Эти вмешательства не входят в процедуру реплантации зуба и оплачиваются дополнительно.

После проведения всех подготовительных мероприятий реплантируемый зуб помещается в лунку, проводится контроль его положения в прикусе, визуально и рентгенологически.

Далее для надежной фиксации зуба накладывается временная шина из композитных материалов на срок около 15 дней. Шинирование зубов, реплантированных в правильном положении, считается лучшим способом обеспечить комфорт и улучшение функционирования. Шина накладывается на вестибулярные поверхности зубов, чтобы обеспечить эндодонтический доступ, а также чтобы предотвратить помехи окклюзии. Практически всегда назначается общая антибиотикотерапия.

Также проводят эндодонтическое лечение (депульпирование) реплантированного зуба до его реплантации вне полости рта или до снятия шины через 7-10 дней после реплантации. Если «время высушивания» зуба составляет более 60 минут, то эндодонтическое лечение может быть произведено экстраорально до реплантации зуба.

Для зубов, у которых в силу возраста пациента не завершился процесс формирования корня, одним из прогнозов реплантации постоянных зубов с незавершенным формированием корня (открытым апексом) у детей является возможная реваскуляризация (восстановление сосудистого пучка зуба) полости пульпы и последующее окончание формирования корня зуба. Если реваскуляризация не происходит – выполняется эндодонтическое лечение. Рекомендовано временное пломбирование корневого канала при помощи пасты на основе Гидроксида Кальция сроком до 1 месяца с последующим постоянным пломбированием корневого канала. Эндодонтическое лечение не входит в процедуру реплантации зуба и оплачивается дополнительно.

Все манипуляции проводятся под местным или общим обезболиванием.

Рекомендации для пациентов:

- Избегайте участия в контактных видах спорта и экстремальных играх

- Мягкая диета в течение 2 недель. После снятия шины – обычное функционирование как можно быстрее.
- Чистка зубной щеткой с мягкой щетиной после каждого приема пищи
- Используйте раствор Хлоргексидина 0.1% для полосканий и ротовых ванночек дважды в день в течение недели.

Обязательное динамическое наблюдение у стоматолога согласно назначенному графику визитов.

Клинический и рентгенологический контроль за реплантированным зубом должен осуществляться через 2 недели, 3 месяца, 6 месяцев, 1 года и затем – 1 раз в год. Исход лечения определяется исходя из клинических и рентгенологических данных.

Исходы и прогнозы:

Благоприятный исход:

Закрытая верхушка корня.

Зуб асимптоматичен, подвижность в норме. Нет признаков резорбции или апикального воспаления.

Открытая верхушка корня.

Зуб асимптоматичен, подвижность в норме. Рентгенологические признаки остановки или продолжения формирования корня и прорезывания. Возможна облитерация корневого канала.

Неблагоприятный исход:

Закрытая верхушка корня.

Зуб симптоматичен, увеличенная подвижность или отсутствие подвижности (анкилоз). Рентгенологические признаки резорбции (воспалительной, связанной с развитием инфекции или заместительной, связанной с развитием анкилоза).

Открытая верхушка корня.

Зуб симптоматичен, увеличенная подвижность или отсутствие подвижности, анкилоз. При развитии анкилоза зуб будет находиться в инфраокклюзии. Рентгенологические признаки резорбции (воспалительной, связанной с развитием инфекции или заместительной, связанной с развитием анкилоза) или остановка развития корня.

При возникновении анкилоза у детей и подростков, не завершивших свой рост, разовьется инфрапозиция реплантированного зуба, что приведет в свою очередь приведет к нарушениям роста альвеолярной кости и лица в кратко-, средне- и долгосрочном прогнозе.

Потеря зуба.

Если реплантированный зуб в случае неблагоприятного исхода удаляется, возможными вариантами лечения являются: декоронация, аутотрансплантация, мостовидный протез, съемный протез, закрытие промежутка ортодонтическими методами с последующим изменением формы зубов композитными материалами, секционная остеотомия. Принятие решения о тактике лечения производится совместно с ребенком, родителями, согласно с мнением специалистов с целью сохранить открытыми все возможные лечебные опции до достижения пациентом совершеннолетия. После завершения роста ребенка, следует рассмотреть возможность имплантации.

В доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, положении о гарантиях и сроках службы на овеществленные результаты оказанных услуг, о правилах использования установленных стоматологических конструкций.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со

мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение использовать труд любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я понимаю, что ожидаемый мною положительный результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответствующих стандартов и протоколов лечения. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка, удаление или замена стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Я разрешаю сообщать информацию о моем лечении лицам, его оплачивающим, близким родственникам, а также всем лицам, профессионально обязанным сохранять медицинскую тайну.

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

(Ф.И.О. пациента)

" ____ " _____ 20 ____ г.
(дата оформления)