

**Информированное добровольное согласие на
первичное / повторное эндодонтическое лечение
(лечение корневых каналов зубов)**

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я {ФамилияИмяОтчество} (ФИО пациента), соглашаюсь с тем, что эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба(ов)), в том числе с использованием лазера,

будет проводить врач-стоматолог {ФамилияИмяОтчествоВрача} и другие врачи ООО «Дентал Групп».

Мне в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения.

В частности, мне объяснено, что лечение корневых каналов зубов имеет целью одновременное решение нескольких задач, в том числе: лечение воспаления пульпы и тканей, окружающих зуб; устранение воспаления в области верхушки корня; восстановления целостности зуба; предупреждение развития патологических процессов и осложнений.

Лечение корневых каналов зубов включает в себя следующие основные этапы: механическую и медикаментозную обработку корневых каналов (в том числе посредством внутриканального ультразвукового физиотерапевтического воздействия), препарирование кариозной полости, пломбирование корневых каналов с последующим герметичным восстановлением коронки зуба (установка постоянной пломбы).

Лечение корневых каналов зуба проводится с обязательной предварительной медикаментозной, антисептической обработкой канала, в том числе посредством внутриканального ультразвукового физиотерапевтического воздействия.

На следующем этапе осуществляется дренирование воспалительной полости через каналы или слизистую оболочку десны (препарирование коррозийной полости). После снятия воспаления осуществляется антисептическое лечение тканей вокруг зуба посредством заложения лекарственных средств в зуб и постановки временной пломбы.

После купирования в периодонте воспалительного процесса осуществляется пломбировка полости пломбировочными материалами (установка постоянной пломбы).

Мне разъяснено о том, что выбор воздействия на корневые каналы зуба, лекарственных средств для заложения в зуб, материала временной и постоянной пломбы зависит от степени поражения зуба, особенностей строения зуба, индивидуальных особенностей пациента, в том числе от наличия аллергических реакций. Со мной согласован вид применяемых воздействий на корневые каналы зуба, применяемых лекарственных средств и материала временной и постоянной пломбы.

Мне сообщены и понятны альтернативные (возможные) методы медицинского вмешательства. В частности, мне разъяснено, что альтернативными методами лечения являются:

- Консервативное лечение периодонтальных изменений с помощью кальцесодержащих препаратов. Этот метод лечения позволяет сохранить относительную целостность зуба, но требует долгосрочного лечения, при этом эффективность лечения не высокая.

- Резекция верхушки корня - удаление верхушки одного или нескольких корней зуба вместе с очагом воспаления. Это временная мера, позволяющая сохранить зуб на небольшой срок (обычно такой срок составляет от 1 года до 5 лет) в зависимости от индивидуальных особенностей организма.

- Удаление зуба. Происходит полное излечение воспалительного процесса, однако удаление зуба – это полная утрата зуба, из-за чего могут возникнуть осложнения в виде изменения положения соседних зубов, уменьшения костной ткани, также может потребоваться проведение ортопедического лечения (протезирования).

Я информирован(а) о других(альтернативных) способах лечения, их преимуществах и недостатках

Я в доступной форме проинформирован(а) лечащим врачом о возможных осложнениях, которые не являются следствием дефектов оказания медицинской помощи, к которым относятся, в частности:

- потеря пломб и ортопедических конструкций, установленных в других медицинских учреждениях без соблюдения общепринятых стандартов или срок службы которых истек;
- во время и после обезболивания (анестезии): отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола иглы, аллергические реакции, анафилактический шок, гипертонический криз, коллапс, обморок; прикусывание щеки, губы в связи со снижением чувствительности после анестезии в течение нескольких часов после лечения;
- при лечении корневых каналов: перфорация корня зуба вследствие его значительного искривления; перепломбировка; невозможность прохождения корневого канала, связанного с анатомическими особенностями и облитерацией корневого канала; невозможность обнаружения дополнительных каналов корня зуба; необходимость

повторного аналогичного лечения; необходимость проведения хирургического вмешательства в области зуба, подвергнувшегося лечению; необходимость удаления зуба;

- после постановки пломб: постпломбировочные боли при надкусывании, повышенная реакция на холодное и горячее, болезненные ощущения в десне при постановке придесневой пломбы; появление рецессии десны, оголение корней зубов, связанное с уменьшением отека десны; воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, при нарастании воспаления необходимость удалить зуб; появление повышенной чувствительности зубов; изменение цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества; при наличии желудочно-кишечных заболеваний возможно появление темной полосы между пломбой и тканями зуба;

- при повторном лечении корневых каналов зуба покрытого коронкой или являющегося опорой для съемного протеза: перелом корня и (или) стенки зуба, который может привести к необходимости его удаления.

- При перелечивании зубов (повторном эндодонтическом лечении) вероятность успешного лечения значительно снижается, что связано с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или штифт; с сильной кальцификацией корневых каналов , что (в некоторых случаях) повышается вероятность возникновения различных осложнений (перфорация , поломка инструмента) ; с искривлением корневых каналов.

- Я проинформирована, что: при перелечивании зуба, покрытого коронкой или являющегося опорой для зубного протеза (съемного или не съемного), необходимо снятие несъемного зубного протеза , а затем изготовление нового зубного протеза ; возможен перелом зуба , что может привести к его удалению; после лечения и перелечивания корневых каналов необходимо восстановление коронковой части зуба, т.е. постановка пломбы , коронки или вкладки (по ситуации).

- Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях . Гарантийные сроки на эндодонтическое лечение ввиду его специфики установить не предоставляется возможным. Следует учесть, что результат лечения сильно зависит и от реакции организма и общего состояния зубов.

- Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы , которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения; стоимость этапов и лечения в целом. При этом мне известно , что стоимость во время лечения может быть изменена в связи с обстоятельствами , которые трудно предвидеть.

- Я обязуюсь выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим , соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения , риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность любого человеческого организма, я согласен(а) с тем, что успех лечения в значительной степени зависит от индивидуальных особенностей организма и образа жизни и никто не может предсказать точный результат лечения.

- На усмотрение врача при необходимости для проведения эндодонтического лечения может быть использован операционный микроскоп, что обеспечивает увеличение и лучшую визуализацию клинической картины и увеличивает вероятность успеха и тщательность лечения, но не даёт 100% гарантии, т.к. успех лечения во многом зависит от клинической картины на момент обращения, анатомических особенностей и состояния организма в целом.

- Я предупрежден(а), что при повторном лечении корневых каналов зуба, покрытого коронкой или являющегося опорой для съемного протеза, необходимо снятие зубного протеза (коронки), а затем изготовление нового съемного зубного протеза (коронки).

Дополнительно: _____

Я проинформировал(а) медицинского работника обо всех случаях аллергических реакций, предоставил(а) сведения о состоянии здоровья на момент подписания настоящего согласия, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах, употреблении алкоголя, наркотических и иных токсических средств. Мне известно, что не предоставление информации о состоянии здоровья может повлиять на эффективность и результаты медицинского вмешательства.

Я предупрежден(а) лечащим врачом, что в процессе диагностики и лечения могут потребоваться дополнительные виды медицинских обследований и медицинских манипуляций, необходимые для контроля за осуществлением обследования и(или) выявления сопутствующей патологии и(или) обусловленные индивидуальными особенностями моего организма.

Я уведомлен(а), что в процессе лечения необходимо регулярно и в соответствии с установленным лечащим врачом графиком являться на прием к лечащему врачу для динамического наблюдения и контроля за процессом лечения. Понимаю, что неявка на контрольный осмотр к лечащему врачу может привести к нежелательным или неблагоприятным последствиям для здоровья.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проводимого медицинского вмешательства на любой его стадии. Мне разъяснены последствия такого отказа, в том числе я проинформирован(а), что последствиями отказа могут быть:

прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба. При этом Клиника не несет ответственности за последствия моего отказа от оказания медицинской помощи.

Я извещен(а), что несообщение вовремя врачу о любом ухудшении самочувствия, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья и лечении.

Вариант 1.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях. Экземпляр договора мною получен.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

_____ (подпись пациента) _____ (ФИО пациента) {ТекущаяДатаПолная} г

Врач _____ ({ФамилияИмяОтчествоВрача}) {ТекущаяДатаПолная} г

Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

_____ (подпись пациента) _____ (ФИО пациента) {ТекущаяДатаПолная} г

Врач _____ ({ФамилияИмяОтчествоВрача}) {ТекущаяДатаПолная} г