

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (терапевтическое и эндодонтическое лечение)

Я, _____ (Ф.И.О.), обращаюсь в ООО «Ваш стоматолог» для проведения терапевтического и эндодонтического лечения (лечение корневых каналов) следующих зубов: _____ (номера зубов).

Мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания.

Врач-стоматолог поставил мне следующий диагноз: _____ и указал на необходимость лечения этих зубов.

Я ознакомлен (ознакомлена) с наиболее рациональным планом проведения лечебных мероприятий:

Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать.

Я информирован (информирована) о том, что последствиями отказа от данного лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости, перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов.

Я ознакомлен (ознакомлена) с возможными альтернативными вариантами лечения.

Я добровольно даю свое согласие на проведение мне в соответствии с назначениями лечащего врача диагностических исследований и лечебных мероприятий. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я извещен (извещена) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых неписанных лекарств.

Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я информирован (информирована) о возможных осложнениях, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно: имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба;

во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность его удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба;

при перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:

со случаями, если каналы ранее были пломбированы твердеющими препаратами, резорцин-формалиновым методом, в каналах имеются сломанные эндонструменты, металлические и стекловолоконные штифты и вкладки, тогда часто невозможно удалить старую корневую пломбу и пройти канал на всю длину;

если уже имеются перфорации корней и стенок зуба; с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломок инструментов). При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломок инструментов,

перфораций и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии;

если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции (например, перелом коронки), либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение). Также при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению;

даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать стопроцентной гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению, рецидиву инфекционного процесса на корнях или перелому в будущем.

Я информирован (информирована) о необходимости рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения как в процессе лечения, так и после него.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении никотина, алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я осведомлен (осведомлена) о возможных осложнениях во время проведения анестезии (кровотечения, гематомы, повреждение нервов и сосудов, боль после анестезии, парезы лица) и при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Я информирован (информирована) о том, что невыполнение рекомендаций и назначений врача-стоматолога может привести к серьезным осложнениям и неудаче лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упоминавшихся в данном документе.

Я даю согласие делать инъекции лекарственных препаратов, рентгеновские снимки и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки оказания услуг ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания услуг.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на эндодонтическое и терапевтическое лечение зубов в предложенном объеме.

Я информирован (информирована) о стоимости платных медицинских услуг по эндодонтическому и терапевтическому лечению зубов.

« _____ » _____ 20__ г.

_____ (подпись пациента)

Расписался в моем присутствии

Лечащий врач _____

_____ (подпись лечащего врача)