

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
(ЛЕЧЕНИЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБА)**

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

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (сна) с названными мне условиями его проведения.

Я,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" __ " _____ года рождения, проживающий (ая) по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан
Я, _____
Паспорт: _____, _____ выдан _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун — *нужное подчеркнуть*) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина -полностью, год рождения)

соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить врач стоматолог-эндодонтист _____ (далее по тексту - врач).

(должность, ФИО)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата производится в день проведения медицинского вмешательства по прейскуранту Клиники.

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

№	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1			

Эндодонтическое лечение подразумевает ряд манипуляций, которые призваны остановить инфекционные процессы в пульпе и корневых каналах. Оно относится к типу зубосохраняющих операций, итоговим результатом которых должно стать сохранение функциональных и эстетических качеств зубов.

Мне разъяснены показания к эндодонтическому лечению: пульпит, который не подлежит консервативному лечению; периодонтит; подготовка к протезированию; внутриканальное отбеливание; травмирование зуба; повторное эндодонтическое лечение.

Мне разъяснено, что эндодонтическое лечение не проводится пациентам со следующими ограничениями: сильное поражение зуба, что не позволяет его сохранить; необходимость удаления обусловлена другими факторами (зуб ретинированный или сверхкомплектный); имеются сильные повреждения корневой системы; кистозные образования не подлежат консервативному лечению; лучевое, химическое лечение; СПИД, ВИЧ, другие тяжелые вирусные и бактериальные инфекции, аутоиммунные патологии. Противопоказанием также может стать непроходимость каналов, искривление корневых отростков. Данные противопоказания являются относительными, поэтому после их устранения возможно успешное проведение эндодонтического лечения.

Мне разъяснена подготовка к эндодонтическому лечению:

-визуальный осмотр - для определения формы, цвета и положения зуба. Проверяется состояние твердых тканей дентина (наличие пломб, кариеса, вкладок), его устойчивость, соотношение его альвеолярной и вне альвеолярной части;

-сбор анамнеза больного - жалобы, история появления стоматологического заболевания, наличие отягощающих заболеваний и аллергий;

-клиническое обследование больного - оценка состояний полости рта и его слизистой, зубных рядов и пародонта, обследование жевательных мышц и височно-челюстных суставов;

-параклиническое обследование - рентгенологическое обследование с получением снимка, электроодонтометрия с помощью датчиков, лабораторные и инструментальные методы.

Я информирован (а), что лечение каналов заключается в удалении инфицированных тканей из канала, механической, медикаментозной, ультразвуковой обработке и пломбировании канала.

Я информирован (а), что при лечении корневых каналов со сложной анатомией и (или) перелечивании ранее запломбированных корневых каналов вероятны такие осложнения как: невозможность пройти канал на всю длину; невозможность удалить старую корневую пломбу; перфорация (образование отверстия в результате механической обработки инструментом) корней и стенок зуба; высокий процент поломки инструментов, особенно при лечении (перелечивании) искривленных корневых каналов; трещина корня; перелом зуба, особенно при попытке снять ортопедическую конструкцию или извлечь из канала ранее установленный штифт или вкладку, что потребует по абсолютным медицинским показаниям удаления зуба. При лечении инфицированных и ранее леченных корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается (до 60%).

Мне разъяснено и понятно, что такое медицинское вмешательство, как перелечивание каналов зуба проводится в несколько этапов. Для наиболее полного устранения патогенной микрофлоры из канала необходимо его повторно препарировать на всем протяжении, тщательно обработав стенки канала зуба, «высверливая» при этом предыдущую пломбировку каналов зуба. Далее для устранения воспаления удаляется жидкость (гнойная или серозная), образовавшаяся в месте воспаления, что может занять несколько дней при необходимости полоскания гипертоническими растворами. Далее лечение будет складываться из следующих этапов: механическая подготовка (расширение, очистка), антисептическая обработка (дезинфекция) и пломбирование каналов – сначала временное (зачастую неоднократно), а потом и постоянное. При этом выведение пломбировочного материала за верхушку зуба может быть необходимым и являться методом лечения. В зависимости от степени разрушения зуба далее производится реставрация или протезирование.

Мне подробно разъяснено, что при лечении (перелечивании) каналов зуба есть вероятность возникновения таких осложнений как: обострение и прогрессирование настоящего заболевания; появление или усиление отека, боли, температуры, затрудненное открывание рта; развитие инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис) по независящим от медицинских работников и правильности лечения причинам, которые потребуют госпитализации в стационар.

Эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться следующие обследования: получение ортопантограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка; консультация стоматолога (ов) иного профиля; консультация врача (ей) общего медицинского профиля.

Мне разъяснено, что альтернативными методами лечения являются: удаление зуба, зубосохраняющие операции (резекция верхушки корня, гемисекция, ампутация корня).

Мне разъяснено, что установка временной пломбы на депульпированный зуб (зуб с запломбированными ранее каналами) не является конечным этапом его лечения.

Я понимаю необходимость обязательного восстановления коронковой части зуба постоянной пломбой или вкладкой в течение 2 недель после проведения эндодонтического лечения и (или) необходимость покрытия такого зуба постоянной ортопедической конструкцией (коронкой) в сроки не более 1 месяца после постоянной пломбировки корневых каналов. В противном случае возможны такие осложнения, как: перелом зуба; откол стенки; трещина - что потребует по абсолютным медицинским показаниям удаления зуба.

Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 3-4 дня, а при «накусывании» вплоть до двух-трех недель.

Я уведомлен (а), что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволютивных (возрастных) процессов, возникает необходимость коррекции, либо переделки, корневых и коронковых пломб.

Мне разъяснено, что в процессе проведения манипуляции несовершеннолетнему пациенту, а также пациенту, страдающему расстройством аутистического спектра, возможны: приступы агрессии/паники, громкий крик, пациент может нанести вред себе и окружающим, проявить другие нестандартные поведенческие реакции.

В доступной для меня форме мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*):

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

Я подтверждаю, что:

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу состояния моих (представляемого) зубов и полости рта и понимаю, что при проведении лечебных манипуляций по эндодонтическому лечению существует определенная степень риска.

Я осведомлен (а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время лечения корневых каналов включая анестезию и прием лекарственных средств.

Я согласен(а) с тем, что даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя дать гарантии, что зуб, в отношении которого проводилось лечение, в дальнейшем не подвергнется кариозному разрушению и/или перелому в будущем и не появятся показания к его удалению.

Я понимаю необходимость обязательного восстановления коронковой части зуба после эндодонтического лечения.

Я согласен (а), что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Я получил (а) полную информацию о гарантийных сроках и ознакомлен (а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача прекращает гарантийные обязательства Клиники перед пациентом, а также может повлечь за собой не достижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня (представляемого) заболеваниях.

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

Я понимаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и ситуации, которые могут потребовать изменения плана лечения, применения дополнительных методов, чтобы получить по возможности лучший результат, поэтому уполномочиваю врача и выбранных им помощников осуществить это.

Я даю согласие на фотографирование (без лица) зубных рядов при оказании мне (представляемому) стоматологических услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью Клиники.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня (представляемого) правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей (представляемого) медицинской карты.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

_____ (ФИО пациента)

_____ (подпись)

_____ (ФИО медицинского работника)

_____ (подпись)

«__» _____ 20____ г. (дата оформления)