

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ПУЛЬПИТА

(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: _____

<i>Этот раздел бланка заполняется только на недееспособных граждан</i>
Я, _____
Паспорт: _____, _____ выдан _____
являюсь законным представителем лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю: _____
(ФИО полностью, год рождения)

согласаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить _____ (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			

Пульпит - воспалительный процесс в пульпе (нервно-сосудистом пучке) и корневых каналах зуба.

Мне разъяснено, что в зубной коронке есть полостная пульпарная камера, где находится сплетение кровеносных сосудов, соединительной ткани и нервных окончаний. Все это вместе составляет пульпу, главной функцией которой является питание коронковой и корневой части.

Мне разъяснено, что пульпит обычно возникает в результате: воздействия микробов кариозного очага; травмирования пульпы из-за отлома зубов; грубых механических действий при лечении зубов с затрагиванием пульпы; при периодонтите, из-за перехода инфекции на ткани зуба; гематогенного заноса (через кровь) инфекции при серьезных инфекционных процессах в организме; воздействия химических веществ (пломбировочные материалы и другие вещества), при тепловом воздействии, ортодонтическом лечении и т.д.

Мне разъяснены симптомы пульпита: резкая приступообразная боль, может нарастать ночью; болевые ощущения при пережевывании пищи, сопровождается кровоточивостью дёсен и гнилостным запахом из полости рта; эмаль темнеет, десна отекает, могут увеличиться регионарные лимфоузлы; зуб болезненно и продолжительно реагирует на холодное и горячее; пациенту сложно понять, где локализуется боль; боль периодически отдаёт в висок, ухо или шею.

Мне разъяснено, что существует несколько классификаций пульпита: острый пульпит: очаговый, диффузный; хронический пульпит: фиброзный, гипертрофический, гангренозный; обострение хронического пульпита: фиброзный пульпит, гангренозный пульпит. Кроме того, пульпит различают по состоянию пульпы: интактная невоспаленная пульпа, атрофичная пульпа, обратимый пульпит, необратимый пульпит, некроз пульпы.

Мне разъяснены методы диагностики пульпита: зондирование; термодиагностика; ЭОД (электроодонтодиагностика); апекслокация корневого канала; рентген-снимок.

Мне также разъяснены, способы лечения пульпита:

- биологическое лечение (консервативный метод). Консервативное лечение показано на ранних стадиях острого пульпита. Врач полностью вычищает кариозную полость, закладывает в нее антибиотик и закрывает временной пломбой. Через несколько дней, когда лекарство подействует и инфекционный процесс будет остановлен, временную пломбу меняют на постоянную. Консервативное лечение позволяет сохранить зуб живым (не удалять нерв).

- витальный метод (витальная ампутация). Пульпа сохраняется частично, удаляется её коронковая часть. В корневых каналах она остаётся живой, восстанавливается функционирование зубной единицы. Этот метод применяют в многокорневых зубах.

- хирургическое лечение (депульпирование каналов зуба) проводят в 85% случаев. Врач вычищает кариозную полость, удаляет зубной нерв, заполняет корневые каналы пломбировочным материалом и восстанавливает коронку зуба. Если зуб восстановлению не подлежит, то его удаляют.

Мне разъяснено, что если вовремя не провести удаление пульпита, то возможны и более тяжелые последствия: проникновение гноя в челюсть и мягкие ткани, тяжелые сепсисы, абсцессы и остеомиелиты.

Мне разъяснено, что при пульпите все манипуляции с пораженным зубом проводят под местной анестезией.

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:

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения манипуляции.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

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)