

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБА(ОВ))

я, {ФамилияИмяОтчество}

(ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО ПАЦИЕНТА И/ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в ООО «ОРАЛ КЛИНИК»

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, {Представитель.ФамилияИмяОтчество} паспорт _____

Выдан _____

прописан (а) _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного недееспособным:

(ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО ПАЦИЕНТА И/ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

Врачом _____ я проинформирован(а) о предстоящем проведении медицинского вмешательства по поводу эндодонтического лечения и согласен (а) с условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

При лечении пульпита все применяющиеся в стоматологической практике методы направлены на сохранение пульпы – всей или только корневой или удаление её (методы витальной и девитальной экстирпации). Цель лечебных мероприятий при воспалении пульпы – ликвидировать боль, предупредить распространение воспалительного процесса на ткани периодонта, восстановить анатомическую форму зуба или его функциональную ценность. При лечении апикальных периодонтитов необходимо купировать воспалительный процесс в около верхушечных тканях и не допустить его распространения, добиться восстановления костной ткани в очаге деструкции, обеспечить восстановление функции периодонта и исключить возможность инфекционно-токсического и аллергического воздействия на организм. Перечисленные требования выполнимы только при успешном эндодонтическом лечении апикального периодонтита. Если же эндодонтическое лечение не обеспечивает полного выздоровления, то применяют ампутацию корня, гемисекцию, резекцию верхушки корня, реплантацию или удаления зуба(ов). Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для дезинфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговременного результата. Положительный результат эндодонтического лечения в виде исчезновения воспаления в области верхушки корня проявляется в период от 3-х до 12-ти и более месяце. При постановки зуба на динамическое наблюдение, и других стоматологических манипуляций, необходимо приходить в назначенное время и соблюдать предписания рекомендации врача.

Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания, даны разъяснения о целях и методах эндодонтического лечения, форме плана лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне понятен план, объем, и продолжительность рекомендуемого лечения, я проинформирован(а), что возможно изменение плана лечения, я согласен(а), что не во всех случаях можно предсказать точный результат планируемого лечения и возможно изменение плана лечения, в этом случае возникает необходимость изменения суммы на лечение. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Это обусловлено медицинской спецификой лечения, индивидуальными особенностями строения корневых каналов, состоянием иммунного статуса пациента.

Решения о проведении эндодонтического лечения принимает пациент или его законный представитель. Пациент (законный представитель) может отказаться от проведения лечения.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; а также системные проявления заболевания. Альтернативными методами лечения являются удаление пораженного зуба(ов); отсутствие лечение так такового.

Хотя 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.

Врач понятно объяснил мне все о возможных последствиях и осложнениях при проведении медицинского вмешательства во время лечения корневых каналов, а именно:

- имеется определенный процент неудач эндодонтического лечения, что может потребовать перелечивание корневых каналов в будущем, пересапикальной хирургии и даже удаление зуба;
- ощущение дискомфорта, отечность десны или лица в области леченого зуба, которые могут сохранят в течение нескольких дней;
- тризм (ограниченное открывание рта);
- невозможность прохождения канала зуба на всю длину по анатомическим и физиологическим причинам (выраженное искривление канала, кальцификация и облитерация просвета канала);
- перфорация стенки корня;

- переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанные с анатомическими особенностями пациента, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала также осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могу повлечь за собой потерю зуба.
- при перелечивании корневых каналов процентов успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;
- даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

В связи с особенностями организма стопроцентная гарантия на лечение корневых каналов не может быть предоставлена: в частности появление периапикальных изменений за верхушкой корня после проведенного качественного эндодонтического лечения в силу собственного иммунитета организма (частые простудные заболевания, ослабленный иммунитет, хронические заболевания, травмы, не соблюдение правил гигиены полости рта, необходимости рационального протезирования).

При хроническом течении периапикальных изменений (корневых кисты), врач не может дать стопроцентной гарантии на полное выздоровление и полное восстановление костной ткани, в связи с особенностями организма.

Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения (коронка, вкладка); в противном случае последнее может потерпеть неудачи (что может стать причиной потери зуба, либо потребовать перелечивания каналов). Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения, в будущем обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с врачом и написанную в медицинскую карту).

Я предупрежден(а), что при неисполнении рекомендации врача, не явки или несвоевременной явки на запланированный прием для продолжения лечения, или контрольного осмотра, несоблюдения рекомендованного плана лечения, этапов лечения сроков лечения, несообщения, или недостоверного сообщения сведения о состоянии своего здоровья при возникновении аллергических реакций (на лекарственные препараты или стоматологические материалы), о возможности возникновения которых Клиника не была предупреждена. При отказе Пациента от медицинского вмешательства, диагностического обследования и (или) профилактических мероприятий, при устранении недостатков оказанной услуги в другой медицинской организации без согласования с Клиникой и (или) вмешательство в процесс лечения третьих лиц (сторонней медицинской клиники) освобождает лечащего врача и медицинскую организацию от ответственности за наступившие неблагоприятные последствия недостатков оказанных стоматологических услуг.

При возникновении необходимости лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного 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 возможна её необратимое повреждение). Также при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к удалению.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планированного лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.

Врач объяснил мне, что оказанные мне стоматологические услуги устанавливает гарантийный срок 1 год с момента начала лечения.

Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я подтверждаю достоверность предоставленной врачу информации, обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и состоянии моего здоровья и даю согласие на обработку моих персональных данных.

Я согласен(а) полностью оплатить все дополнительные расходы на лечение и диагностику.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю что последний является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на эндодонтическое лечение мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я даю согласие на эндодонтическое лечение _____ зуба(ов) на предложенных мне условия.

{ ТекущаяДатаПолная } _____ { ФамилияИО }, подпись
(законного представителя)

{ ТекущаяДатаПолная } _____ Ф.И.О, лечащий врач