Приложение к Договору № _____ от _____ г
на оказание платных стоматологических услуг

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов)

ООО «Евромед»

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, являясь законным представителем (при отсутствии зачеркнуть) _____ _____проинформирован(а) о поставленном диагнозе _____ и необходимости проведения эндодонтического лечения (лечения корневых каналов) зуба (зубов) _____ в соответствии с в соответствии с Планом обследования и лечения в **ООО «Евромед»**, описанным в медицинской карте.

Я соглашаюсь с тем, что лечение мне будет выполнять врач: _____, в исключительных случаях (непредвиденные обстоятельства) мне будет предоставлен другой врач, после предварительного уведомления и получения моего согласия.

1. Цели лечения - удаления распада и инфекции из корневого канала, сохранение пораженного зуба и надежное предотвращение его вредного воздействия на организм в целом.
2. Методы лечения (зависят от диагноза: пульпит, периодонтит) – обследование зуба; подготовка ротовой полости к процедуре (может потребоваться удаление с зуба налета и камня, а также профессиональная чистка всех зубов); применение анестезии, если она необходима; изоляция зуба; препарирование - высверливание пораженных тканей; механическая и медикаментозная обработка корневых каналов; возможно временная обтурация корневых каналов лекарственным препаратом сроком до 2х недель и дольше; постоянная обтурация корневых каналов силлером и гуттаперчевыми штифтами; наложение временной или постоянной пломбы; может понадобиться установка анкерного или стекловолоконного штифта; изготовление временной или постоянной коронки, накладки в течение 1 месяца.
3. Риски при лечении:

- возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции;
- возможные осложнения приема анальгетиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов.
- неполное прохождение и расширение корневого канала;
- сепарация (отлом) эндодонтического инструмента в корневом канале;
- перфорация стенки корневого канала или стенки зуба;
- неполное пломбирование корневого канала;
- вывод пломбировочного материала за верхушку корня зуба;
- необнаруженный и, соответственно, незапломбированный дополнительный корневой канал;
- рецидив воспалительного процесса в периапикальных тканях зуба;
- Появление отека мягких тканей около зуба;
- если возникает необходимость 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, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно её необратимое повреждение). Также при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти раскол или перелом самого зуба, что может привести к его удалению;
- изменение цвета зуба после эндодонтического лечения (потемнение зуба)

4. Варианты медицинского вмешательства (альтернативный метод лечения) - удаление пораженного зуба (пораженных зубов), при наличии противопоказаний для лечения.
5. Предполагаемые результаты лечения — устранение инфекции в пораженном

патологическим процессом зубе.

6. Последствия лечения - ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты, если сочтет это нужным

7. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного лечения: последствием отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание боли; образование кисты; абсцесс, флегмона, свищ, перелом зуба, поражение соседних зубов, имплантатов, костной ткани челюсти, потеря зуба, воспаление лимфатических узлов, а также системные проявления заболевания.

Хотя эндодонтическое лечение 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 названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Врач понятно объяснил мне, в чем будет заключаться предложенное лечение и все возможные осложнения предложенного лечения и последствия, которые могут возникнуть как во время лечения корневых каналов, так и после его окончания, а именно:

1. имеется определенный процент неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, хирургического вмешательства в области корней зуба, проведение хирургических зубосохраняющих операций (гемисекция, резекция корня) и даже удаления зуба.

2. ощущение боли и дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты либо повторить вмешательство;

3. во время лечения корневых каналов, особенно искривленных и ранее пломбированных, возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их 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 или вызвать необходимость применения других манипуляций, в том числе пломбировку канала без извлечения сломанного инструмента;

4. если возникает необходимость 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, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно её необратимое повреждение). Также при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти раскол или перелом самого зуба, что может привести к его удалению;

5. даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя дать гарантии, что зуб не подвергнется кариозному разрушению, рецидиву инфекции или перелому в будущем.

Я уведомлен, что временная пломба может выпадать и в этом случае нужно явиться в клинику незамедлительно. Срок нахождения временной пломбы в зубе – максимум 21 день. После этого она должна быть заменена на постоянную или поставлена новая временная пломба. В противном случае потребуется повторное лечение корневых каналов.

Врач также объяснял мне необходимость обязательного восстановления зуба ортопедической конструкцией после проведения эндодонтического лечения, в противном случае есть риск потерять зуб, либо потребуется повторное лечение корневых каналов. Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, возможно, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки, накладки) согласно решению врача за дополнительную плату согласно прайсу клиники на момент оказания услуги.

Мне разъяснена необходимость применение местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.
Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков или антибиотиков.
Я проинформирован(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также обо всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение и минимизировать осложнения после лечения.

Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что ожидаемый мной положительный результат эндодонтического лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик, и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мной заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) и понимаю, что его подписание влечет правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для осуществления эндодонтического лечения (лечение корневых каналов) на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Пациент:_____ Врач_____
_____(подпись) _____(подпись)

Законный представитель: (при наличии)
_____(подпись) _____
(дата оформления)