



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
(ЛЕЧЕНИЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ) В ЦЕЛЯХ ПОДГОТОВКИ ЗУБОВ К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ**

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

Мне, Patient, 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, в том числе:

Мне поставлен диагноз и разъяснены альтернативные варианты протезирования зубов, в том числе подготовительные этапы.

Я соглашаюсь с тем, что необходимо взять под опоры ортопедической конструкции зубы _____, что согласованно со мной и указано в мед.карте в плане лечения.

Мне понятно, что в связи с состоянием опорных зубов для этого необходимо на вышеуказанном зубе(ах) провести эндодонтическое лечение (удаление сосудисто-нервного пучка корней зуба и пломбирование корневых каналов) зуба(ов) по медицинским показаниям для предотвращения развития осложнений в виде травматического пульпита. Также необходимость депульпирования зуба может возникнуть в процессе препарирования зуба под коронку либо после препарирования зуба через несколько дней, недель или месяцев при появлении постоянных болей, реакции на термические раздражители и постановке уточненного диагноза «пульпит», в том числе и после проведения постоянного протезирования. В таких случаях лечение корневых каналов проводят сквозь коронку зуба. Если лечение через коронки невозможно, они подлежат снятию и полной переделке за счет пациента.

Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для удаления сосудисто-нервного пучка корней зуба, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата. В результате зуб становится неживым, но продолжает выполнять свои функции длительный период времени.

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:

Имеется определенный процент (5 - 10 %) 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.

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

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;

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;

Даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя дать гарантии, что зуб не подвергнется кариозному разрушению, рецидиву инфекции или перелому в будущем и не будет удален.

При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, поэтому я соглашаюсь на риск возникновения следующих осложнений:

- невозможность удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

- при сильной кальцификации (плохой проходимостью) корневых каналов, повышается вероятность возникновения перфорации и поломки инструментов и перелома корня.

Все эти сложные клинические ситуации могут негативно повлиять на конечный результат эндодонтического лечения и привести к удалению зуба и инфекционным осложнениям.

Врач также объяснил 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. Я уведомлен, что временная пломба может выпадать и в этом случае нужно явиться в клинику незамедлительно. Срок нахождения временной пломбы в зубе – максимум 30 дней. После этого она должна быть заменена на постоянную или поставлена новая временная пломба. В противном случае потребуется повторное лечение корневых каналов.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

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 проинформировал(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 и понимаю, что впервые возникшую аллергию предсказать невозможно.

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, исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. 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 получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на эндодонтическое лечение и пломбирование корневых каналов и ознакомлен(а) с правилами использования овеществленных результатов лечения, с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я полностью лишюсь права на гарантию.

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 разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии, в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять об объеме и стоимости оказанных услуг близким родственникам и моему Страховщику.



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных стоматологических услуг. Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / \Patient\ /
(подпись пациента)

(ФИО полностью)

Подпись врача: _____ / _____ /
(подпись врача)

(ФИО)

Дата « _____ » _____ 20__ г