Информированное добровольное согласие на эндодонтическое лечение

(лечение корневых каналов) в целях подготовки зубов к ортопедическому лечения

*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, **,** 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 лечения (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 выполняет 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;
* 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 лечения 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 применение 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 лишаюсь 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.

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / /

 (подпись пациента) (ФИО полностью)

Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись врача) (ФИО)

Дата «\_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г