

## **Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (эндодонтического лечения).**

Основание – Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым мне вариантом медицинского вмешательства и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О полностью), информирован(а) лечащим врачом-стоматологом о состоянии зубов и других органов челюстно-лицевой области. На момент моего обращения за медицинской помощью к врачу-стоматологу я получил(а) разъяснения по поводу поставленного диагноза. Мне даны полные разъяснения о характере заболевания, возможных неблагоприятных эффектах и осложнениях при отсутствии своевременного лечения. Мне предложен рекомендованный стоматологом план лечения.

**Сущность эндодонтического лечения** заключается в раскрытии доступа к корневым каналам, их механической и медикаментозной обработке для удаления продуктов распада тканей и возбудителей инфекции, а также пломбировании корневых каналов (временном и постоянном).

Эндодонтическое лечение может быть проведено в несколько посещений, и я понимаю, что результат лечения зависит от соблюдения мной всех рекомендаций врача и составленного им графика посещений, в том числе контрольных осмотров.

**Альтернативными методами лечения** являются: удаление зуба (зубов); апикальная хирургия; отсутствие лечения как такового. Я понимаю, что альтернативные хирургические варианты лечения могут быть использованы при не достижении эффекта от терапевтического лечения зубов.

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

Мне разъяснена **необходимость применения местной инъекционной анестезии** с целью обезболивания медицинских манипуляций. Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, который проинформировал меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Врач-стоматолог в понятной мне форме разъяснил, что применение местной анестезии в некоторых случаях может привести к аллергическим реакциям (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок и др.), к обмороку, коллапсу, травматизации сосудов и нервных окончаний, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами, и др.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я информирован(а) о **необходимости рентгенологического исследования челюстей** до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(на) на их проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение.

Я соглашаюсь с **необходимостью обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения**, в противном случае повышается риск потерять зуб, либо потребуются повторное лечение корневых каналов.

Я информирован(а), что выбор метода восстановления зуба зависит от степени его разрушения, которая определяется после препарирования зуба, и что после лечения корневых каналов зуб становится более хрупким, поэтому врач-стоматолог может рекомендовать ортопедическое лечение.

Мне разъяснено, что если зуб не будет покрыт в установленные врачом сроки ортопедической конструкцией, то возникает риск перелома зуба и показание к его удалению.

Мне разъяснено, что в ходе выполнения данного медицинского вмешательства, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований и лечебных мероприятий. Я разрешаю медицинскому персоналу выполнять действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза для улучшения моего здоровья.

Я проинформирован(а) о **возможных осложнениях эндодонтического лечения и последствиях**, которые могут возникнуть во время или после лечения корневых каналов, а именно:

- боль и дискомфорт после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты либо повторить вмешательство;
- выпадение или скол пломбы;
- отлом стенки или корня зуба;
- изменение цвета коронки эндодонтически леченного зуба, а также расхождение в цвете пломбы и эмали зуба, проявляющееся со временем;

- поломка инструментов, невозможность их извлечения из корневого канала и перфорация корня. Риск данных осложнений повышается при лечении искривленных, кальцифицированных, облитерированных или ранее пломбированных корневых каналов;
- выведение материала за верхушку корня зуба, в том числе в верхнечелюстную пазуху, в нижнечелюстной канал;
- индивидуальная реакция организма на медикаментозные препараты и материалы, применяемые при лечении системы корневых каналов, которую невозможно предсказать до начала лечения;
- даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению, развитию или рецидиву инфекционного процесса, перелому в будущем;
- если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого искусственной коронкой либо являющегося опорой несъемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение). Замена данной конструкции будет происходить на возмездной основе по действующему в ООО "Птичка Тари" прейскуранту. Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению.

При перелечивании корневых каналов риск возникновения осложнений повышается и процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что может потребовать в дальнейшем альтернативных методов лечения, в том числе удаление зуба.

Мне понятно, что указанные осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

В ряде случаев эндодонтическое лечение является попыткой сохранения зуба, когда уже имеются относительные показания к удалению зуба. В дальнейшем могут появиться абсолютные показания к удалению зуба.

**Последствиями отказа от данного лечения** могут быть: дальнейшее разрушение зуба; разрушение костной ткани, окружающей зуб; прогрессирование заболеваний пародонта; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; ухудшение эстетики; потеря зуба; системные проявления заболевания и др.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что **никто не может предсказать точный результат планируемого лечения и вероятность возникновения нежелательных явлений и осложнений**. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантированно проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно состояния своего здоровья, заболевания и лечения и получил на них исчерпывающие и понятные для себя ответы. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

Я разрешаю проведение фото и видеосъемки при необходимости для правильной постановки диагноза, составления рекомендованного плана лечения, а также для оценки результатов лечения по его окончании.

Я разрешаю использовать информацию о своем заболевании фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для осуществления эндодонтического лечения на предложенных условиях.

Дата	Номер зуба	Диагноз	Ф.И.О. и подпись врача	Подпись пациента