ОРДОВСКИЙ И КОЛЛЕГИ
центр стоматологии

Информированное добровольное согласие пациента на проведение амбулаторного стоматологического вмешательства **ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Приложение к Договору № _____ от _____ 20__ г.

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

Я,_____,

(Ф.И.О. пациента, число, месяц, год рождения)

обращаюсь в ООО «Ордовский и коллеги» для проведения терапевтического и эндодонтического лечения (лечение корневых каналов) зубов. Этот документ подтверждает, что я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым планом, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение терапевтического (эндодонтического) лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Доктор поставил мне следующий диагноз:

_____

и обосновал необходимость проведения терапевтического лечения зубов.

Я понимаю, что результатом терапевтического лечения является устранение воспалительного процесса в каналах зуба и восстановление целостности твердых тканей зуба при помощи пломбировочных материалов.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости, перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодотического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология, появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового, хирургическое вмешательство (апикальная хирургия).

Доктор понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения, а именно:

Высокий процент успешности проведения терапевтического лечения (более 80%) не исключает определенный процент (5-10%) неудач, что может потребовать: повторной установки пломбы, перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии (резекции) и даже удаление зуба.

Во время лечения корневых каналов возможна поломка эндоинструмента, что может повлечь за собой невозможность его удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и повлечь за собой удаление зуба.

При лечении инфицированных и ранее леченных корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается (до 60%), что связано: со случаями, если каналы ранее были пломбированы в другой клинике твердеющими препаратами, резорцин-формалиновым методом, в каналах имеются сломанные эндоинструменты, металлические и стекловолоконные штифты и вкладки, тогда часто невозможно удалить старую корневую пломбу и пройти канал на всю длину; с ситуацией, если уже имеются перфорации корней и стенок зуба, ступеньки и ложные каналы; с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов). При

лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии и стать причиной удаления зуба;

Если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного 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 возможно ее необратимое повреждение). Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию или извлечь из канала штифт или вкладку может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению.

Мне объяснили, что установка пломбы на депульпированный зуб не является конечным этапом его лечения. Я понимаю необходимость обязательного восстановления постоянной пломбой или вкладкой коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения в течение 2 недель и необходимость покрытия депульпированного зуба постоянной ортопедической конструкцией (вкладкой или коронкой) в строки до 1 месяца после постоянной пломбировки корневых каналов; в противном случае лечение может потерпеть неудачу ввиду поломки и удаления зуба либо потребовать повторного перелечивания корневых каналов за счет Пациента. Мне известно, что случае нарушения этих рекомендаций Исполнитель за результаты лечения депульпированного зуба ответственности не несет. Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения как в процессе лечения, так и после него согласно рекомендациям врача и графику контрольных осмотров.

Лечащий врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам лечения, важность соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также необходимость полного восстановления целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций. Хотя предложенное лечение поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, оно является вмешательством в биологический организм, и как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических этапов. Я уведомлен, что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволютивных процессов, возникает необходимость коррекции либо переделки корневых и коронковых пломб. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после окончания лечения не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача, в этом случае переделка пломб с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно согласно прайс-листу Исполнителя.

Я предупрежден(а), что при лечении с применением коффердама/оптрагейта (содержат латекс, нитрил, эластомер, полипропилен) на коже лица в области вокруг губ возможно появление покраснения, раздражения, шелушения.

Я уведомлен(а), что для терапевтического лечения проводится процедура механического препарирования (снятия слоя измененных твердых тканей) которая является необратимой. Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что не всегда возможно поставить точный диагноз (кариес или пульпит) и спланировать соответствующее лечение. Я сознаю, что для лечения зубов с глубокими и обширными полостями даже после постановки постоянной пломбы может потребоваться депульпирование зуба и лечение (перелечивание ранее пломбированных) корневых каналов в нем, и что присутствие такой рекомендации врача в предварительном плане лечения нужно для получения наилучшего результата лечения. Также меня уведомили, что наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза является сохранение жизнеспособности пульпы. В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба с ранее имевшейся в нем кариозной полостью или глубоком клиновидном дефекте, стираемости, существует риск воспаления пульпы зуба и (или) развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня зуба как в процессе, так и после постановки постоянной пломбы. Я информирован, что в этом случае за дополнительную плату, согласно прайс-листу, будет проведено лечение корневых каналов опорного зуба наиболее рациональным и безопасным способом. Мне известно, что коррекции корневых и коронковых пломб (необходимые для

ОРДОВСКИЙ И КОЛЛЕГИ
центр стоматологии

Информированное добровольное согласие пациента
на проведение амбулаторного
стоматологического вмешательства
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

индивидуализации и получения наилучшего результата), пришлифовка готовых пломб по прикусу, неполное их совпадение по цвету, форме и прозрачности с соседними зубами и искусственными конструкциями и при различном освещении являются конструктивной особенностью данной медицинской услуги и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что итоговый результат лечения может отличаться от ожидаемого мною, и что искусственные пломбы эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций.

Я осознаю риск, связанный с применением анестезии и медицинских препаратов.

Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне лечение.

Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо. Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, договора на оказание платных медицинских услуг.

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

Врач Ф.И.О. _____ Пациент Ф.И.О. _____

Подпись _____ Подпись _____

«_____» _____ 20_____ г.