

Информированное согласие на проведение эндодонтического лечения

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« _____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу _____,

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

даю добровольное согласие на предложенное, мне, моему ребенку; лицу, чьим

законным представителем я являюсь, _____

Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель

« _____ » _____ года рождения, проживающего по адресу: _____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

врачом - _____.

наименование вида медицинского вмешательства _____

должность, Ф.И.О. врача полностью _____.

Врач указал на необходимость лечения корневых каналов _____ зуба (зубов) и поставил диагноз _____.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

Я проинформирован(а) об обязательном прохождении профессиональной гигиены полости рта непосредственно перед лечением. Отказ от прохождения профилактики полости рта может негативно сказаться на результате лечения, может привести к инфицированию обработанных под коронки тканей зубов.

Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

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

1. Имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба.
2. Во время лечения корневых каналов 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.
3. Если до/во время процесса эндодонтического лечения коронковая часть зуба разрушена более, чем на 50%, необходимо покрытие зуба ортопедической конструкцией (коронкой, вкладкой).
4. При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:

- с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;
- 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;
- 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, может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению;
- даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Я понимаю, что в процессе любого стоматологического вмешательства возможны болевые ощущения, которые могут сохраняться в течение некоторого срока после проведенной манипуляции.

Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления коронковой части зуба (в большинстве случаев покрытия коронкой) после проведения эндодонтического лечения. В противном случае возможны негативные последствия – скол стенки зуба, потеря зуба.

Я имел (имела) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я сообщил(а) врачу все известные мне сведения о состоянии своего здоровья / здоровья лица, законным представителем которого я являюсь, острых и хронических заболеваниях, операциях, приеме медикаментов, аллергических реакциях, вредных привычках. Я предупрежден(а), что в случае неполной или недостоверной информации могут возникнуть осложнения, ответственность за которые несу я сам(а).

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить, приводить лицо, чьим законным представителем я являюсь, на контрольные осмотры. Мне объяснено, и я понимаю необходимость проведения профессиональной гигиены полости рта, поэтому обязуюсь приходить к врачу гигиенисту, приводить лицо, чьим законным представителем я являюсь, 1 раз в _____ месяца (ев), но не реже 1 раза в 6 месяцев.

Я проинформирован(а) о необходимости выполнения врачебных рекомендаций по уходу за полостью рта после проведенных манипуляций. Я также информирован(а) о том, что в соответствии с п.1 ст. 27 ФЗ №323 от 21.11.11 г. "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты.

Разрешаю предоставлять информацию о состоянии моего здоровья, здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти, следующим лицам:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Подпись _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

Подпись _____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) врача)

Дата _____