

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на терапевтическое лечение зубов

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, _____
(ФИО пациента либо законного представителя), соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство (терапевтическое лечение зубов, лечение кариеса и иных болезней твердых тканей зубов, эндодонтическое лечение, художественную реставрацию, другое вмешательство: _____)
пациенту _____

(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительном падеже) будет проводить врач-стоматолог _____ и другие врачи ООО "СТОМАТОЛОГИЯ". В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника оставляет за собой право заменить лечащего врача, уведомив меня об этом.

Лечение кариеса и некариозных поражений твердых тканей зуба заключается в иссечении твердых тканей зуба, пораженных кариесом и замещении их пломбирочным материалом с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма.

В случае обнаружения кариеса на ранних стадиях и в отсутствии противопоказаний может применяться метод инфильтрации тканей системой Icon.

Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корней зубов, их механическую и медикаментозную обработку для дезинфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата. Положительный результат эндодонтического лечения в виде исчезновения воспаления в области верхушки корня проявляется в период от 3-х до 12-ти месяцев.

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

Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях и методах лечения кариеса и некариозных поражений твердых тканей зуба, эндодонтического лечения, разъяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

В частности:

- кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (реставрации); кариозное поражение, которое кажется небольшим, при обработке может зуба оказаться значительной полостью, и потребуются реставрация значительной части зуба или постановка коронки; при обширном кариозном поражении возможно возникновение необходимости лечения корневых каналов.

Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: инфекционные осложнения, появление и нарастание болевых ощущений, развитие местных осложнений, разрушение и потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства **при терапевтическом лечении и после него:**

- под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, поломка иглы, боль при введении анестетика, недостаточное обезболивание, избыточное распространение анестетика, ятрогенное повреждение анестезируемых тканей, продолжительное нарушение чувствительности, локальное побледнение кожи, образование гематом, инфицирование, некроз тканей, аллергические реакции, снижение внимания, анафилактический шок, коллапс;

- скол (потеря) прямых композитных виниров (люминиров, художественных реставраций), выполненных в стороннем лечебном учреждении без соблюдения протоколов лечения с невозможностью их коррекции (восстановления);

- возможность изменения цвета зубов или пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свёкла, вишня и т.д.);

- развитие осложненных форм кариеса (пульпит, периодонтит) после лечения глубокого кариеса;

- постпломбирочные боли при накусывании при эндодонтическом лечении зуба;

- появление отёка мягких тканей или увеличение имевшегося отёка после терапевтического вмешательства;

- необходимость удаления зуба в случае неэффективности терапевтических методов;

- возникновение периодонтальных явлений, и изменение рентгенологической картины после пломбировки каналов с плохой проходимостью, или при наличии коллатеральных каналов, что приведет к перелечиванию корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удалению зуба;

- возможное попадание пломбирочного материала за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани, полости и каналы при эндодонтическом лечении зубов;

- отлом коронковой части зуба при циркулярном кариесе;
- возможность отлома эндодонтических инструментов в труднопроходимых каналах, 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;
- 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 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;
- перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения;
- даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Другие виды осложнений:

- прогрессирование зубоальвеолярных деформаций,
- дальнейшее снижение эффективности жевания,
- ухудшение эстетики, нарушение функции речи,
- прогрессирование заболеваний пародонта,
- быстрая утрата зубов остаточного прикуса,
- заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава,
- общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, неврологическая патология.

Возможные исходы проводимого лечения:

- улучшение клинической ситуации в полости рта;
- стойкая ремиссия заболевания (заболеваний) ротовой полости;
- кратковременный положительный результат лечения;
- отсутствие эффекта лечения.

При лечении кариеса эмали и дентина в большинстве случаев удается добиться стабилизации процесса без рецидива. У трети пациентов после проведенного лечения наступает компенсация функции - восстановлена анатомическая форма и функция зуба. При этом необходимо динамическое наблюдение 2 раза в год или по режиму, назначенному врачом.

При лечении пульпита непосредственно после окончания курса лечения восстанавливается функция зуба, часто удается достичь стабилизации с отсутствием рецидивов и осложнений.

На любом этапе оказания помощи могут появиться новые поражения или осложнения, обусловленные проводимой терапией (например, аллергические реакции), что повлечет оказание дополнительной медицинской помощи, проводимой по протоколу соответствующего осложнения.

При отсутствии лечения и невыполнении рекомендаций может развиваться новое заболевание, связанное с основным. Через полгода после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения возможно прогрессирование кариеса, его рецидив; развитие острого пульпита, заболеваний периодонта; развитие хронического периодонтита.

Эффективность лечения либо отсутствие эффекта непосредственно связаны с первоначальной клинической ситуацией (до начала лечения), общим состоянием организма пациента, работой иммунной системы, а также с регулярным правильным выполнением рекомендаций по домашней гигиене и лекарственной терапии (в случае назначения), изменением питания, наличием или отсутствием вредных привычек.

Мне сообщено и понятно, что необходимым условием эффективного лечения является выполнение компьютерной томографии, в случае несоблюдения мною рекомендации по проведению КТ до лечения я лишаю врачей возможности постановки правильного диагноза и выбора оптимальной тактики моего лечения.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении. Выбор метода и препаратов предоставляю врачу-стоматологу. Возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, последующее затруднённое открывание рта, аллергические реакции.

При интенсивных болевых реакциях или воспалительных процессах на корнях зубов или в дёснах возможно назначение анальгетиков и/или антибиотиков. Возможные последствия приема анальгетиков и/или антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:

- ортопантограмма, прицельный пленочный снимок, компьютерная томограмма;
- консультация стоматолога(ов) и/или специалистов иного профиля:

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, о постоянном и (или) периодическом приеме лекарственных препаратов (инъекций, мазей, назальных/глазных капель), пищевых добавок, назначенных врачами другого лечебного учреждения или принимаемых самостоятельно, и предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я доверяю лечащему врачу и медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я предоставляю ООО "СТОМАТОЛОГИЯ" право вести фото- и видеопрокол манипуляций по выбору врача(ей), использовать, обрабатывать, хранить, дублировать, анализировать мои изображения, включая фотографии и рентгенологические снимки, срезы КТ на сайтах в сети Интернет, для контроля качества лечения, для научных публикаций и в программах обучения врачей при соблюдении анонимности (т.е. без указания Ф.И.О. пациента).

Я понимаю, что гарантийные обязательства на все виды стоматологических услуг сохраняются только в случае соблюдения рекомендаций по проведению профилактических осмотров и профессиональной гигиены полости рта по стандартам, принятым в ООО "СТОМАТОЛОГИЯ". В случае невыполнения этих рекомендаций гарантия не сохраняется.

Дополнительно _____

Необходимые условия для достижения положительного результата лечения:

- точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача,
- последовательное выполнение пациентом **всех рекомендаций, а также этапов и сроков** стоматологического лечения, рекомендованных врачом.

Предполагаемые сроки данного лечения - _____.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют.

Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мною прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Пациент _____ (ФИО пациента, либо законного представителя)

_____ (подпись пациента, либо законного представителя) « ____ » _____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « ____ » _____ 20__ г.

Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мною прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Пациент _____ (ФИО пациента, либо законного представителя)

_____ (подпись пациента, либо законного представителя) « ____ » _____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « ____ » _____ 20__ г.