

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

Острый периодонтит (лечение корневых каналов)

Этот документ свидетельствует о том, что 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 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, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован о поставленном диагнозе _____
и необходимости проведения лечения зубов _____ в соответствии с
Предварительный планом лечения.

Острый периодонтит — воспалительный процесс, вышедший за пределы зуба и распространяющийся на связочный аппарат, удерживающий зуб в костной лунке и костную ткань вокруг зуба (периодонта).

Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания и понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно спланировать соответствующее лечение, не прибегая к лечебному вмешательству.

Я понимаю, что возможны два варианта лечения:

1. Эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба) с последующим пломбированием (2 - 4 посещения),
2. При неэффективности лечебных мероприятий и нарастании воспалительных явлений зуб необходимо удалить. Удаление зуба показано также при значительном его разрушении или непроходимости канала корня зуба.

Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для удаления возбудителей инфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов. Положительный результат эндодонтического лечения заключается в исчезновении воспаления на верхушке корня и проявляется в период от 3-х до 12-ти месяцев.

Последствием 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.

Я соглашаюсь с тем, что во время эндодонтического лечения и после его окончания, возможны:

- неэффективность эндодонтического лечения, что может потребовать перелечивания корневых каналов, хирургического вмешательства в области корней зуба, удаления зуба;
- ощущения дискомфорта после лечения продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты;

- во время лечения корневых каналов, особенно искривленных, возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Это может повлечь за собой необходимость удаления зуба или применения других манипуляций;

- 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;

-

Я соглашаюсь с тем, что при успешном завершении лечения зуб может подвергнуться кариесу или перелому в будущем. Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, возможно, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).

Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения, в противном случае может возможно потерять зуб, либо потребуются повторное лечения корневых каналов.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, возможно, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).

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 понятно, 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 о всех имеющихся у меня заболеваниях.

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 соглашаюсь 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 условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Мне понятны объяснения врача о том, что при данной клинической и рентгенологической картине заболевания, зуб _____ необходимо удалять. Тем не менее, я настаиваю на консервативном лечении и соглашаюсь с возможными проявлениями: неэффективность лечения, перелом корня и тела зуба, которые потребуют удаления зуба. Поэтому я соглашаюсь на установление гарантийного срока и срока службы на эндодонтическое лечение и пломбирование корневых каналов равных каждый одному дню с момента лечения зуба и соглашаюсь с тем, что последующее удаление зуба будет проводиться за отдельную плату.

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. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющих 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 моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента и понимаю, что его подписание влечет правовые последствия.

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

Подпись пациента: _____ / _____ /
(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: «___» _____ 20__ г.