

Приложение №5 к медицинской карте № _____

Информированное добровольное согласие для пациента, планирующего эндодонтическое лечение зубов (лечение корневых каналов зуба)

« ___ » _____ 202_ г.

г. Санкт-Петербург

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального Закона РФ №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____ г. р.
даю свое согласие на проведение мне эндодонтического лечения зубов (лечение корневых каналов зуба).

Я, _____
проинформирован(а) и понимаю, что лечение является клинической процедурой на биологической основе и зависит от множества процессов и факторов в том числе и дисциплинированности пациента в соблюдении рекомендаций врача и своевременности явки на приемы, а также при проведении повторного эндодонтического лечения в зубах ранее леченных по поводу осложненного кариеса, успех лечения будет зависеть в том числе, от агрессивности микрофлоры и репаративных способностей организма.

Лечащий врач после проведенной диагностики обосновал необходимость проведения эндодонтического лечения каналов зуба и последствия отказа от лечения. Последствиями отказа могут быть: прогрессирование заболевания, образование кисты, появление либо нарастание болевых ощущений; развитие инфекционных осложнений; перелом коронки зуба при отказе от рекомендованного метода его восстановления, потеря зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, нарушение функции речи, жевания, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Лечащий врач в доступной форме объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время эндодонтического лечения, а именно:

- невозможность прохождения канала зуба на всю длину по анатомическим и физиологическим причинам (выраженное искривление канала, кальцификация и облитерация просвета канала);
- перфорация стенки корня;
- поломка инструмента внутри канала и невозможность его извлечения;
- невозможность полностью распломбировать канал зуба при перелечивании; удалить инородное тело (анкерный штифт, стекловолоконный штифт).

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.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга может быть оказана по программе обязательного медицинского страхования в иных медицинских организациях, в объеме и на условиях территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС.

В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии.

Я информирован(а) о принципах лечения зубов, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: устранение факторов, обуславливающих процесс разрушения тканей зуба; предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса; сохранение и восстановление анатомической формы и функции зуба; предупреждение развития патологических процессов и осложнений.

Несмотря на высокую результативность эндодонтического лечения нельзя исключить необходимость в повторном проведении эндодонтического лечения, что повлечет за собой повторную установку пломбы.

Я информирован(а), что выбор метода восстановления зуба зависит от ряда факторов, в том числе от индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ), который определяется после препарирования кариозной полости зуба. При показателях ИРОПЗ 0,2-0,4 применяется метод пломбирования. Для группы жевательных зубов при ИРОПЗ > 0,4 показано изготовление вкладок из металлов, из керамики или из композитных материалов. При ИРОПЗ > 0,6 показано изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ > 0,8 показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок.

Я информирован(а), что в случае разрушения более 50% твердых тканей зуба, композитная

Подпись пациента _____

реставрация при световом отверждении дает усадку слишком большой силы, что может привести к отлому оставшихся тонких стенок зуба или к отрыву реставрации от стенок зуба (микротрещины), которая впоследствии приводит к нарушению герметизации пломбы и рецидиву кариеса в недалеком будущем.

Композитная реставрация также неэффективна в случае разрушения зуба на уровне под десной в связи с постоянным подтеканием десневой жидкости, нарушающей технологию постановки пломбы.

В этих случаях методом выбора является изготовления не прямой реставрации из композита или керамики в лаборатории, которая затвердевает в идеальных условиях с соблюдением технологии и дает усадку до постановки в рот, а не во рту пациента, и, следовательно, не давит на стенки оставшегося зуба, сберегая их, и идеально прилегает к зубу, в том числе в поддесневой области.

Я информирован(а), что для эндодонтического лечения проводится процедура шлифования слоя твердых тканей зуба, которая является необратимой. Я информирован(а), что истинный размер кариозной полости определяется разрушением дентина и всегда превышает видимый глазом размер кариозной полости в области эмали, вследствие различной твердости тканей зуба. Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания и понимаю, что в процессе препарирования зуба (удаления пораженных размягченных тканей с помощью бора), может измениться диагноз и тактика лечения, при которой может потребоваться хирургическое лечение, в том числе и удаление корней зуба.

Также я информирован(а), что наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза является сохранение жизнеспособности пульпы. В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба (эндодонтическое лечение биологическим методом) с ранее имевшейся в нем кариозной полостью или глубоким 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(а) о необходимости строго следовать этапам лечения, важности соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также необходимости полного восстановления целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я согласен(на) с тем, что итоговый результат лечения может отличаться от ожидаемого мною и что 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 понимаю, что в моих интересах начать предложенное мне лечение.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций лечащего врача.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма, в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных. Я согласен(а) и разрешаю врачу, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за

Нумерация зубов по формуле подлежащих лечению

<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	