

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА РЕСТАВРАЦИЮ РАНЕЕ ДЕПУЛЬПИРОВАННОГО ЗУБА

от «____» _____ 20__ г.

Я, _____

(ФИО)

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

Я также предупрежден(а) о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение следующих осложнений заболевания: полное разрушение наружной (коронковой) части зуба, перелом зуба, 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, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Врачом мне было разъяснено и понятно, что с учетом диагноза моего заболевания такое медицинское вмешательство, как реставрация ранее депульпированного зуба будет включать в себя следующие этапы: анестезия, наложение коффердама (изоляция зуба от полости рта латексной завесой), очищение от некротизированного дентина и эмали с помощью сверления, формирование стенок и дна для оптимального наложения пломбы, при необходимости извлечение установленных ранее штифтов, частичное распломбирование канала зуба и подготовка его к постановке титанового или стекловолоконного штифта, постановка такового штифта (титанового на специальный цемент, стекловолоконного на специальный светоотверждаемый фиксирующий раствор}, обработка антисептиками, наложение пломбы, пришлифовка пломбы к остальным зубам (по прикусу), чтобы она не мешала при жевании, воссоздание вида здорового зуба, соблюдая все анатомические тонкости.

Я понимаю, что в процессе реставрации ранее леченого (депульпированного) зуба могут быть обнаружены дефекты произведенного ранее пломбирования каналов зуба или дефекты обработки полости зуба. В этом случае может возникнуть необходимость перелечивания каналов зуба, гемисекции (разделения корней с частичным их удалением) зуба, хирургического увеличения экстра альвеолярной (наддесневой) части зуба, удаления зуба. На данные виды медицинского вмешательства мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов), восстановительное ортопедическое лечение (вкладки, накладки, виниры, люминиры) или отсутствие лечения вообще.

Мне разъяснено, понятно, и я принимаю то, что в случае, если ранее зуб был лечен (депульпирован) в другой клинике, то ни врач, проводящий реставрацию зуба, ни клиника не могут нести никакой ответственности за это произведенное ранее лечение, так как ни визуальным, ни рентгенологическим, ни иным способом невозможно обнаружить все возможные дефекты такового лечения.

Также врач отдельно подчеркнул, и я принимаю то, что в связи с недостаточностью собственных тканей зуба, их истончением, возможными дефектами произведенного ранее лечения, необходимостью извлечения ранее установленных штифтов и пр. данное лечение является лишь попыткой спасения зуба и:

- положительный результат реставрации ранее леченого (депульпированного) зуба не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

- даже при успешном завершении лечения существует категорическая необходимость покрытия этого зуба ортопедической коронкой.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:

- некачественное прохождение (распломбирование) и расширение корневого канала;
- перелом эндодонтического инструмента в корневом канале;
- перфорация стенки корневого канала или стенки зуба;
- неполное пломбирование корневого канала;
- также возможно: рецидив воспалительного процесса в периапикальных тканях зуба, перелом корня зуба, отломили дальнейшее разрушение наружной (коронковой) части зуба, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Я предупрежден(а) о том, что, ввиду специфики медицинской деятельности, невозможно предоставить мне

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении лечения.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после реставрации ранее леченого зуба являются болевые ощущения в области пролеченного зуба и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику

для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Я проинформировал врача обо всех случаях аллергии на медикаментозные препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль в прошлом и настоящее время. Я обязуюсь незамедлительно сообщать моему лечащему врачу обо всех изменениях моего здоровья.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. 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 зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я соглашаюсь с тем, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а), возможных осложнениях во время приема анальгетиков и 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 подтверждаю, что в Анкете назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

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.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании

вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства врачом

клиники. _

Беседу провел врач _____ / _____
(подпись, Ф.И.О.)

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства _____ (подпись)