

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.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИОДОНТИТА

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.

Мне разъяснено, что периодонтит - это воспаление периодонта, то есть тканей, окружающих зуб, а также даны разъяснения о

конкретной разновидности диагностированного у меня заболевания

Я также предупрежден(а) о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение следующих осложнений

заболевания: остеомиелит челюсти, гнойное воспаление лица и шеи, острый сепсис.

Мне разъяснено и понятно, что такое медицинское вмешательство, как лечение периодонтита проводится в несколько этапов.

Сначала для устранения воспаления хирургически удаляется жидкость (гнойная или серозная), образовавшаяся в месте воспаления, что может занять несколько дней при необходимости полоскания гипертоническими растворами. Далее лечение будет складываться из следующих этапов: механическая подготовка (расширение, очистка), антисептическая обработка (дезинфекция) и пломбирование каналов - сначала временное (зачастую неоднократно), а потом и постоянное. При этом выведение пломбировочного материала за верхушку зуба может быть необходимым и являться методом лечения. В зависимости от степени разрушения зуба далее производится реставрация или протезирование.

Я также информирован(а) о том, что с учетом тяжести моего заболевания может быть проведено хирургическое вмешательство,

которое заключается в удалении воспаленной верхушки корня зуба. Такая операция позволяет спасти весь зуб при периодонтите и избежать его удаления.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения вообще.

Я информирован(а), что эндодонтическая терапия по лечению периодонтита не имеет высокого процента клинического

успеха (не более 50%) в связи с наличием серозного или гнойного содержимого в каналах зуба или периапикальных тканях, и я

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

- Вследствие сильной кальцификации корневых каналов, а также при лечении искривленных корневых каналов возможно:

перелом эндодонтического инструмента в корневом канале, перфорация стенки корневого канала или стенки зуба, неполное пломбирование корневого канала.

- Также возможно: вывод пломбировочного материала за верхушку корня зуба, обнаруженный и, соответственно, незапломбированный дополнительный корневой канал, аллергические реакции, рецидив воспалительного процесса в периапикальных тканях зуба, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Я понимаю и принимаю то, что положительный результат при лечении периодонтита не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 3-4 дня, а при накусывании вплоть до двух-трех недель.

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

зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении лечения. Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после лечения периодонтита 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.

В течение трех дней после лечения: рекомендуется воздержаться от окрашивающей пищи (неосветленные соки, напитки с красителями, кофе, темный чай, блюда с большим количеством свеклы и моркови и т.п.) и от курения, в том числе электронных сигарет – во избежание окрашивания пломб. Врач обучил меня, как проводить гигиену полости рта в домашних условиях, и показал технику чистки зубов на модели. Мне известно, что во избежание сколов пломб не рекомендуется в течение всего срока их службы пережевывать жесткую пищу (орехи, сухари, твердые фрукты и т.п.), откусывать от больших кусков (например, от цельного яблока и т.п.).

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)