

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение медицинского вмешательства:
терапевтическое (эндодонтическое) лечение

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст.20
ФЗ от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", 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, _____,
(Ф.И.О. пациента, число, месяц, год рождения)

зарегистрированный по адресу: _____,
(адрес места жительства гражданина)

подтверждаю, что лечащий врач-стоматолог _____
проинформировал меня, что в результате предварительного обследования мне установлен диагноз:

_____ (заполняется врачом)

Я предупрежден о необходимости проведения терапевтического (эндодонтического) лечения, которое проводится для удаления кариозных и некариозных поражений зубов, восстановления функции жевания путем реставрации зубов пломбировочными материалами. Положительный результат в виде правильно восстановленной формы зуба проявляется сразу после окончания лечения. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, разрушение зуба, развитие инфекционных осложнений, появление или нарастание болевых ощущений, потеря зуба, системные проявления заболевания. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба или отказ от лечения. Врач понятно объяснил мне метод лечения и все возможные осложнения. Я понимаю, что под имеющимися пломбами может прогрессировать кариес зубов. Удаление разрушенных тканей зуба может привести к дополнительным процедурам: вскрытию зубной полости и депульпации зуба. Это усложняет и повышает стоимость лечение зуба. Окончательный вариант реставрации зуба выбирается только после удаления старых пломб и разрушенных тканей зуба. Выбор метода реставрации зависит от объема разрушений зуба.

Эндодонтическое лечение включает в себя раскрытие полостей корневого системы зуба, их обработку, а также постоянное пломбирование корневых каналов. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие

инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, системные проявления заболевания. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов) и отказ от лечения.

Мне доступно объяснили метод лечения и возможные осложнения: ощущение дискомфорта, болевых ощущений после лечения от нескольких часов до нескольких дней; во время лечения искривленных корневых каналов, возможна поломка инструмента, либо перфорация стенки корня, что может повлечь за собой потерю зуба или вызвать необходимость применения других манипуляций; при лечении корневых каналов зуба, покрытого коронкой, либо являющегося опорой несъемного протеза может произойти повреждение ортопедической конструкции или необходимость снятия всей ортопедической конструкции. Даже при успешном завершении эндодонтической терапии нет гарантии, что зуб в дальнейшем не подвергнется кариозному разрушению или перелому.

При перелечивании корневых каналов процент успеха лечения снижается: из-за невозможности удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала; при плохой проходимость корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений.

Я согласен(на) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.

Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения. Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, по усмотрению врача, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).

Я подтверждаю, что при медицинском осмотре назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы врачей-специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья. Если я умолчал (а) о наличии у меня каких-либо аллергических реакций, я беру на себя полную ответственность в случае осложнений от проведения анестезии.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился (ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет правовые последствия.

Настоящее информированное добровольное согласие является неотъемлемой частью моей медицинской карты и действительно на время действия договора на оказание мне стоматологических услуг в ООО Стоматологический Центр «Жемчуг».

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ЛИЧНО ПРОЧИТАЛ ДОКУМЕНТ И ДАЮ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫШЕОГОВОРЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО.

Пациент

Ф. И.О. пациента или законного представителя

подпись

Беседу провел врач

Ф. И.О. врача

подпись

Дата « _____ » _____ 20 _____ г.

Примечание: при приеме детей до 18 лет обязательно подписывается родителем (опекуном)