

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:
ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ**

Я _____ *Ф.И.О.*

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)*

добровольно обращаюсь в ООО «Жемчуг», далее именуемое – «Исполнитель», и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **эндодонтическое лечение корневых каналов зубов.**

Я получил(а) всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. **Цели лечения.** Целью эндодонтического лечения является устранение воспалительного очага в полости зуба, устранение заболевания тканей, окружающих корень зуба, предупреждение развития осложнений, профилактика воспалительных процессов, восстановление функции зуба.
2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства.** Эндодонтическое лечение будет проводиться в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе кариес зубов», «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе болезни пульпы зуба», утвержденными Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе болезни периапикальных тканей», утвержденных Постановлением № 18 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая

Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации. Мне разъяснено врачом и понятно следующее: пульпа - мягкая ткань, содержащая нервы, артерии, лимфатические сосуды зуба. Она находится в пульповой камере в коронке зуба и в корневых каналах зуба. Основной причиной заболеваний пульпы являются микроорганизмы, которые проникают из кариозной полости, при травматических повреждениях зуба, при нарушении кровообращения, при повреждении нерва, при заболеваниях пародонта. При заболеваниях пульпы и периодонта требуется **эндодонтическое лечение** – лечение корневых каналов зуба. Эндодонтическое лечение представляет собой комплекс процедур, включающих удаление пульпы или ее распада, ранее применяемого пломбировочного материала, очистку пульповой камеры и корневых каналов, обработку и пломбирование каналов. После лечения корневых каналов необходимо восстановление зуба пломбой, чаще – коронкой.

Я понимаю, что в ходе лечения происходит шлифовывание (удаление) слоя твердых тканей зуба, которое необратимо. Лечение может быть длительным (6 – 18 месяцев), так как для искусственного создания верхушки корня зуба (апексификации) каналы необходимо многократно пломбировать лечебными пастами, содержащими препараты кальция. В ходе лечения может использоваться дентальный микроскоп.

Выбор материалов, методов, этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения. Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового; хирургическое вмешательство (апикальная хирургия). Совместно с врачом я имел(а) возможность выбрать наиболее рациональный вариант лечения. Я понимаю, что альтернативные хирургические варианты лечения также могут быть использованы при неэффективности терапевтического лечения зубов.

Лечащий врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить эндодонтическое лечение, я могу отказаться от него. Последствиями отказа от лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование воспалительного процесса с поражением окружающей кости, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, общесоматические заболевания (желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и др.), появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба. Я понимаю, что невозможно точно установить сроки лечения из-за непредсказуемой реакции организма на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

3. **Риски, последствия, осложнения.** Я понимаю, что эндодонтическое лечение является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Врач объяснил мне, и я понял(а), что возможны осложнения во время и после вмешательства: отечность десны в области зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней; микротравмы десны; ощущение дискомфорта, болевые ощущения при накусывании на зуб, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней; выпадение или скол пломбы; перелом стенки или корня зуба; изменение цвета коронки зуба; отлом эндодонтического инструмента в корне зуба; перфорация корневого канала; расхождение в цвете пломбы и эмали зуба, проявляющееся со временем; расширение апикального отверстия и выведение материала за верхушку корня зуба; аллергические реакции на инструмент и материалы, применяемые в процессе лечения. Мне разъяснено, что симптомами большинства из перечисленных выше осложнений являются дискомфорт и болевые ощущения в области леченного зуба, при их появлении необходимо обратиться к врачу для дополнительного обследования и консультации в целях исключения описанных выше осложнений и проведения при необходимости повторного лечения. Высокий процент успешности проведения терапевтического лечения (более 80%) не исключает определенный процент (5-10%) неудач, что может потребовать повторной установки пломбы, перелечивания корневых каналов, периапикальной хирургии и даже удаление зуба. Даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

При лечении инфицированных и ранее леченных корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается (до 60%), что может быть обусловлено ранее проведенным лечением, наличием в каналах отломков эндодонтического инструмента, металлических и стекловолоконных штифтов и вкладок; уже имеющейся на начало лечения перфорацией корней и стенок зуба, ступенек и ложных каналов, кальцификацией корневых каналов с искривлением каналов. Указанные факторы повышают вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов в каналах и переломов корня) и стать причиной удаления зуба.

Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства: патология иммунной системы (тяжелые инфекции и т.п.); острые инфекционные заболевания; болезни крови (лейкозы, лимфогранулематоз) и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию о всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь): перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п. Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье (здоровье пациента, законным представителем которого я являюсь), я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

4. **Предполагаемые результаты лечения.** Ожидаемыми результатами эндодонтического лечения являются: остановка патологического процесса; предупреждение развития осложнений. Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением во внешнем виде, субъективна. Мне понятно, что результат лечения может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные пломбы, вкладки и другие конструкции эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от моих зубов и других искусственных конструкций в ротовой полости, что не является следствием некачественно предоставленной медицинской помощи, а обусловлены конструктивными особенностями материалов и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

5. Я понимаю, что установление гарантийных сроков исчисляется согласно Положению о гарантиях, действующему у Исполнителя, с которым я был ознакомлен(а) до начала лечения.

6. Я понимаю, что после лечения корневых каналов зуб становится более хрупким, поэтому лечащий врач может рекомендовать протезировать его. При значительном разрушении коронки зуба (более 50%) для ее укрепления может потребоваться введение внутриканального штифта с формированием культи зуба пломбирочным материалом и/или изготовление коронки, мостовидного протеза или другой ортопедической конструкции. Указанные вмешательства будут выполнены с моего согласия за дополнительную плату. Мне разъяснено, что если зуб не будет покрыт в установленные врачом сроки ортопедической конструкцией, то возникает риск перелома зуба, который потребует его удаления. Если я откажусь от выполнения действий, указанных в настоящем пункте, я самостоятельно несу риски наступления неблагоприятных последствий.

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

8. 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 – во избежание окрашивания пломб. Мне известно, что во избежание сколов пломб и ортопедических конструкций 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.).

9. Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в пункте 3 настоящего согласия состояний (осложнений), аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.

10. Неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме может привести к увеличению сроков лечения и к увеличению стоимости лечения. Я понимаю, что необходимо регулярно проводить профессиональную гигиену полости рта, обязуюсь выполнять все назначения. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

11. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать и принять решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.

12. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

13. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской документации.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной.

Пациент/Законный представитель пациента:

Дата: « ___ » _____ 20__ года

Подпись:

_____ / _____ /

Врач:

Дата: « ___ » _____ 20__ года

Подпись:

_____ / _____ /

