

**УТВЕРЖДАЮ**



Приложение № 5 к приказу

Типовая форма

Информированное добровольное согласие пациента

на стоматологическое лечение по эндодонтическому лечению (лечению корневых каналов) в ООО «Дента Арт»

Я, \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_" г. рождения,

Законный представитель \_\_\_\_\_,

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя), даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в стоматологической клинике общества с ограниченной ответственностью «Дента Арт», а именно проведение

**стоматологического лечения по эндодонтическому лечению (лечению корневых каналов) зуба**

**№** \_\_\_\_\_

Медицинским работниковом

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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 мной условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым лечением и мог либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий диагноз \_\_\_\_\_

и указал на необходимость эндодонтического лечения (лечения корневых каналов) этого зуба.

**Я понимаю суть предложенного мне лечения** по эндодонтическому лечению (лечению корневых каналов) зуба, которое заключается в обработке канала (каналов) зуба специальными механическими инструментами, медикаментозной обработке растворами антисептиков с целью удаления пораженных бактериями тканей зуба и ликвидации очага воспаления в полости зуба, пломбированием каналов зуба специальными пастами, цементами, герметиками.

Я уведомлен(а), что для терапевтического лечения проводится процедура сошлифования слоя твердых тканей зуба, которая является необратимой.

Я понимаю, что **результатом** эндодонтического лечения является устранение воспалительного процесса в каналах зуба и восстановление целостности твердых тканей зуба при помощи пломбировочных материалов.

Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Доктор понятно объяснил мне все **возможные осложнения**, которые могут произойти во время и после лечения корневых каналов, а именно:

1. Имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаление зуба.
2. Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба.
3. При лечении инфицированных и ранее леченных корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается (до 60%), что связано с имеющимися перфорациями корней и стенок зуба, ступеньками и ложными каналами, с невозможностью удалить старую корневую пломбу, обломки эндодонтического инструмента, металлический или стекловолоконный штифт, вкладку из корневого канала; с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения

различных осложнений (перфораций, поломки инструмента). При этом невозможно пройти канал на всю длину.

4. В процессе эндодонтического лечения могут возникнуть микротрешины в тканях зуба, что связано с особенностью анатомического строения моего зуба и проводимой механической обработкой корневых каналов, которая истончает твердые ткани корня зуба и делает их хрупкими, менее выносливыми к механическим нагрузкам, что также влияет на успех проводимого лечения.
5. При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня.
6. При лечении корневых каналов, имеющих сложное анатомическое строение, не всегда представляется возможным их полная механическая и медикаментозная обработка, что может повлиять на конечный результат эндодонтической терапии.
7. При медикаментозной обработке корневых каналов и последующем пломбировании корневых каналов, возможно попадание лекарственных растворов, воздуха и пломбировочного материала в ткани окружающие корень зуба, что может привести к воспалению, воздушной эмфиземе (попаданию воздуха), что может повлиять на конечный результат эндодонтической терапии.
8. При перелечивании (лечении) корневых каналов может возникнуть обострение воспалительного процесса, что может сопровождаться болевыми ощущениями, отеком мягких тканей челюстно-лицевой области, что так же связано с наличием хронического очага воспаления и индивидуальной реакцией моего организма на проводимое лечение.

Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии.

Все перечисленные выше особенности и осложнения эндодонтического лечения могут привести к перелечиванию корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удалению зуба, , не являясь при этом недостатком оказанных услуг

Если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции (например, перелом коронки), либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом возможно ее необратимое повреждение). Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию или извлечь из канала инструмент, штифт или вкладку может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению.

Мне объяснили, что установка пломбы на депульпированный зуб не является конечным этапом его лечения. Я понимаю необходимость обязательного восстановления постоянной пломбой или вкладкой коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения в течение 2 недель и необходимость покрытия депульпированного зуба ортопедической конструкцией (вкладкой или коронкой) в сроки до 1 месяца после постоянной пломбировки корневых каналов; в противном случае лечение может потерпеть неудачу ввиду поломки и удаления зуба либо потребовать повторного перелечивания корневых каналов за счет Пациента. Мне известно, что случае нарушения этих рекомендаций Исполнитель за результаты лечения депульпированного зуба ответственности несет.

Я информирован, что в ходе проведения лечения корневых каналов и после проведенной терапии может потребоваться назначение противовоспалительной терапии, что потребует принимать лекарственные препараты внутрь, или парентерально (внутривенно или внутримышечно, подкожно) с целью воздействия на очаг воспаления.

Я информирован, что перед и в ходе проведения лечения корневых каналов потребуется применение рентгенологических методов обследования (прицельной рентгенографии, панорамной рентгенографии, компьютерной рентгенографии) с целью контроля проводимого лечения, а также отсрочено с целью динамического наблюдения за результатом проведенного лечения.

**Последствиями отказа** от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания: воспаление тканей окружающих корень зуба, в том числе отек и воспаление мягких тканей лица, абсцесс и флегмона челюстно-лицевой области, которые могут привести к летальному исходу; развитие инфекционных осложнений; проявление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; перелом зуба при отказе от покрытия зуба ортопедической конструкцией после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

**Альтернативными методами лечения** являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового, хирургическое вмешательство (апикальная хирургия). Альтернативные хирургические варианты лечения могут быть использованы при не достижении эффекта от эндодонтического лечения зубов.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у доктора и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с доктором и записанному в истории болезни).

Я информирован, что эндодонтическое лечение проводится с применением инъекционной анестезии,

соответствующей подвергающемуся лечению зубу. Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал доктора \_\_\_\_\_ обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после окончания лечения не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача, в этом случае замена конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно согласно прайсу Исполнителя.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом, т.к. представления пациентов о лечении каналов как правило, не совпадают с реальной действительностью. Хотя предложенное лечение поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, оно является вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических этапов.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения (перелечивания), а также альтернативные варианты.

Лечащий врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам лечения, важность соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также необходимость полного восстановления целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций.

Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я ознакомился с гарантийными сроками, сроками службы и условиями предоставления гарантий по эндодонтическому лечению (лечению корневых каналов) зуба.

Я уведомлен, что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволютивных процессов, возникает необходимость коррекции либо переделки корневых и коронковых пломб.

Также меня уведомили, что наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза является сохранение жизнеспособности пульпы.

Мне известно, что коррекции корневых и коронковых пломб (необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата), пришлифовка готовых пломб по прикусу, неполное их совпадение по цвету, форме и прозрачности с соседними зубами и искусственными конструкциями и при различном освещении являются конструктивной особенностью данной медицинской услуги и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что итоговый результат лечения может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные пломбы эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций.

Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания услуг.

**Я принимаю решение о лечении на предложенных мне условиях.**

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

С информированным согласием ознакомлен и согласен.

Подпись пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Дата “ \_\_\_\_ ” 20 \_\_\_\_ г.