



Приложение к медицинской карте № _____
Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

« _____ » _____ 201__ г.

Информированное согласие на эндодонтическое лечение

Я, _____

(фамилия, имя, отчество гражданина, одного из родителей ребенка до 15 лет, иного законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть)

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка (до 15 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство Эндодонтическое лечение,

(наименование вида медицинского вмешательства)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован (а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

Я ознакомился(ась) с предлагаемым лечением и мог(ла) либо дать свое согласие на проведение данного лечения, либо отказаться от него.

Врач поставил мне следующий диагноз:

_____ и указал на необходимость лечения корневых каналов этого(их) зуба(ов). Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление, либо нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

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.

Врач понятно объяснил мне все возможные временные последствия эндодонтического лечения:

1. Ощущение дискомфорта, незначительные болевые ощущения, боли при накусывании на зуб, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней.

2. Отечность десны в области зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней.

Врач понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно:

_____ подпись пациента

1. Имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления 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 перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:

- с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;

- с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов). При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии;

- 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 также возможно ее необратимое повреждение. Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению.

Даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения. В противном случае последнее может потерпеть неудачу, что может стать причиной потери зуба. Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с врачом и записанному в истории болезни), соблюдать гигиену полости рта.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) клинику обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что в моих интересах приступить к лечению корневых каналов.

При лечении каналов результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов и соблюдение методик.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.

Я согласен(а) на проведение рентгенологических исследований, фотографирование, снятие на видеопленку и другие процедуры.

Я разрешаю (не разрешаю) использовать информацию о моем заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе.

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

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

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

_____ подпись пациента

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги.
Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я принимаю решение осуществить эндодонтическое лечение на предложенных мне условиях.

Подпись пациента: _____ / _____ /

(или подпись его законного представителя)

Подпись врача: _____ / _____ /