

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (стоматологическое терапевтическое лечение, эндодонтическое лечение)

Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я _____

года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) стоматологического терапевтического лечения, эндодонтического лечения

ООО «Интермед»

(полное наименование медицинской организации)

(ФИО медицинского работника)

Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о наличии у меня (представляемого) стоматологических заболеваний, включая сведения о результатах обследования, предварительном диагнозе, вероятном прогнозе развития осложнений при отсутствии лечения, возможных методах лечения и профилактики, имеющихся у меня (представляемого) стоматологических заболеваний, связанных с ними риске, их последствиях и результатах проведенного лечения, полную информацию о проведении медицинского рентгенологического обследования, методах, связанных с ними рисках, возможных осложнениях и противопоказаниях рентгенологического обследования.

Со мною согласован и одобрен предложенный мне (представляемому) План обследования и лечения, стоимость и сроки оказания медицинских услуг, включая ожидаемые результаты, риски, возможные осложнения, варианты альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и в данных обстоятельствах, также необходимые диагностические исследования, врачебные процедуры и манипуляции (прием таблетированных препаратов, инъекций, применение анестезии при осуществлении медицинского вмешательства). Альтернативные варианты лечения обдуманы мною до принятия решения о выборе вида лечения.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность (с моего согласия) частичного или полного изменения Плана обследования и лечения в связи с необходимостью проведения дополнительных врачебных процедур при выявлении скрытых патологий обнаруженных в процессе лечения, которые невозможно в полной мере предвидеть заранее и как следствие, изменение сроков продолжительности лечения, а также стоимости медицинских услуг.

Врач объяснил мне, что кариозное поражение, которое кажется небольшим не эмали, в действительности гораздо больше. Это связано с низкой прочностью расположенного под эмалью дентина. Мне объяснено, что дентин способен пропускать часть бактерий через свою толщу в пульпу зуба, поэтому при повреждении дентина в пульпе формируется очаг воспаления, размер которого зависит от протяженности кариозного дефекта. Очаг воспаления сохраняется после удаления кариеса и пломбирования зуба, а его ликвидация зависит от состояния моей иммунной системы. По этой причине, спустя некоторое время после пломбирования зуба по поводу неосложненного кариеса, может потребоваться эндодонтическое вмешательство (лечение корневых каналов).

Я понимаю, что даже при самых тщательных методах диагностики кариеса врач не всегда может обнаружить кариозные повреждения на ранних стадиях. Это касается невидимых глазу поверхностей, которыми зубы примыкают друг к другу. Скрытые в толще эмали, такие полости не видны и на рентгеновских снимках, поэтому контрольные осмотры 1 раз в 6 месяцев позволяют обнаруживать и устранять такие дефекты.

Мне объяснено, что необходимо заменять реставрации, имеющие вторичный кариес или краевые щели, так как развитие кариозного поражения под такой реставрацией приведет к поражению пульпы и потребует лечения корневых каналов. Если зуб с такими реставрациями ранее уже подвергался лечению корневых каналов, то доступ бактерий к корневым каналам приведет к их инфицированию.

Я осознаю, что несвоевременное лечение кариеса приведет к осложнениям виде необратимой гибели пульпы зуба, что в несколько раз увеличит стоимость и сложность лечения данного зуба (зубов).

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

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я имел(а) возможность задать все интересующие вопросы.

Я ознакомлен(а) с диагнозом, с применяемыми материалами и технологиями, с правилами гигиены и мероприятиями по уходу за полостью рта, с гарантийными сроками и сроками службы, прейскурантом.

Врач поставил меня в известность, что при реставрации я должен(на) через 6 месяцев подойти к врачу на полировку и профессиональную гигиену, которая оплачивается дополнительно. В случае неявки гарантийный срок на услугу аннулируется.

Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для дезинфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба.

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

Мне разъяснена необходимость рентгенологического обследования для назначения качественного лечения.

Доктор разъяснил мне возможные последствия, осложнения предложенного лечения, включая:

- Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких дней или больше, по поводу чего доктор назначит лекарственные препараты, если сочтет это нужным.

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

- Боль при накусывании на зуб, которая может сохраняться от нескольких дней и больше.

- Тризм (ограничение открывания рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше.

- В случае недостижении положительного результата вследствие прогрессирования инфекционного процесса (очага) может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаление зуба.

- Переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанные с анатомическими особенностями пациента, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в леченном канале или может потребоваться их хирургическое удаление.

- Перфорация корневого канала, возникшая при распломбировке ранее леченного канала зуба или лечении патологически измененного канала, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению.

Я проинформирован(а), что если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба может произойти повреждение ортопедической конструкции, 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.

Мне разъяснено, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).

Я осведомлен(а) о том, что большинство лечебных мероприятий должно проводиться под местной анестезией. Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимся парестезиями, парезами, невритами, невралгиями, и постинъекционными гематомами, вялости, сонливости (следует ограничить вождение автомобиля в течение 24 часов после проведения операции).

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения (на применяемые в процессе лечения материалы могут возникнуть аллергические реакции).

Мне сообщили, что антибиотики и медицинские препараты, назначенные в ходе лечения, могут вызвать аллергические реакции и иные побочные действия.

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

Я информирован (а):

о необходимости соблюдать все рекомендации и назначения лечащего врача, в ходе лечения и по его окончании;

о необходимости являться на назначенный контрольный осмотр в назначенное врачом время;

о необходимости немедленно сообщать врачу о любом изменении самочувствия; согласовывать с врачом прием любых не прописанных им лекарственных препаратов.

Мне сообщены и понятны возможные последствия отказа от лечения или частичного его выполнения.

Мне сообщено, что зуб лечится без предоставления гарантии в следующих случаях: разрушения более половины твердых тканей зуба; разрушения тканей зуба, распространяющихся под десну;

наличия металлокерамических конструкций на зубах-антагонистах; отсутствия зубов в боковых отделах;

лечение всех видов периодонтита;

все виды пульпита молочных и несформированных постоянных зубов у детей; эндодонтического перелечивания ранее депульпированных зубов;

продолжения лечения ранее начатого в другой клинике

Гарантия на эстетическую реставрацию зубов не предоставляется в случаях:

плохой гигиены полости рта;

при патологии прикуса (прямой прикус);

при восстановлении режущего края фронтальной группы зубов нижней и верхней челюсти при бруксизме;

при повышенной стираемое™ зубов;

при наличии вредных привычек (увлечение семечками, откусывание нити, лески ит.д.);

при профессиональных вредностях (игра надуховых инструментах, агрессивные профессии и виды спорта и т.д.); при патологии тканей парадонта.

Даю согласие на предоставление в соответствии с п. 3. ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информации о состоянии моего здоровья (состоянии здоровья представляемого) следующим гражданам:

(Ф.И.О., паспортные данные)

Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути предстоящего лечения. Я получил исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я добросовестно предоставил врачу известную мне информацию о состоянии моего здоровья (состоянии здоровья представляемого) (наличие аллергии, лекарственной непереносимости, хронических и инфекционных заболеваний, др. патологических состояний).

Я внимательно ознакомился с текстом информированного согласия, полностью понял его и понимаю, что последнее является документом, имеющим юридическую силу.

Я ознакомлен(а) с Положением о средних гарантийных сроках и сроках службы изделий медицинского назначения, используемых в ходе оказания стоматологических услуг» и с действующим у Исполнителя Прейскурантом цен на стоматологические услуги. План обследования и лечения Пациента со мной согласован до начала лечения.

Я даю согласие на проведение рентгенологического обследования.

Я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) стоматологического терапевтического лечения, эндодонтического лечения и принимаю решение приступить к лечению с учетом получения полной информации о предстоящем медицинском вмешательстве.

_____ 202_ г.

V

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (стоматологическое терапевтическое лечение, эндодонтическое лечение) собственноручно подписано Пациентом (законным представителем Пациента) до начала лечения

.202_ г.

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)