Стоматологическая клиника ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России

 Приложение к медицинской карте № от 201\_ г.

Информированное согласие на проведение терапевтического и эндодонтического

медицинского вмешательства

я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

обращаюсь в Стоматологическая клиника ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, для проведения терапевтического и эндодонтического лечения (лечение корневых каналов) следующих зубов:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Лечащий врач поставил мне следующий диагноз:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и указал на необходимость лечения этих зубов. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных и лечебных мероприятий.

 Последствиями отказа от данного лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости, перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодотического 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; образование кисты: потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех.

 Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового, хирургическое вмешательство (апикальная хирургия).

 Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам лечения, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки работы.

 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.

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

 Имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения. Что может потребовать: переличение корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба.

 Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность его 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.

 При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:

со случаями, если каналы ранее были пломбированы в другой клинике твердеющими Препаратами, резорцин-формалиновым методом, в каналах имеются сломанные эндоинструменты, металлические и стекловолоконные штифты и вкладки, тогда часто невозможно удалить старую корневую пломбу и пройти канал на всю длину;

если уже имеются перфорации корней и стенок зуба;

- 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 100% гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению, рецидиву инфекционного процесса на корнях или перелому в будущем.

 Лечащий врач также объяснил мне необходимость обязательного постоянного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения в строки до 1 месяца: в противном случае эндолечение может потерпеть неудачу (что может стать причиной потери зуба, либо потребовать перелечивания корневых каналов). Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения, как в процессе лечения, так и после него и в будущем обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с лечащий врачом и записанному в истории болезни).

 Я осведомлен о возможных осложнениях во время проведения анестезии (кровотечения, гематомы, повреждение нервов и сосудов, боль после анестезии, парезы лица) и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал лечащего лечащий врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, о наличии всех хронических заболеваний, данная информация занесена в амбулаторную карту.

 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, как правило, не совпадают с реальной действительностью. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Я понимаю, что в моих интересах приступить к лечению зубов как можно быстрее. Я также понимаю, что лечащий врач также как и я заинтересован в благоприятном исходе проводимого лечения и сделает для этого все необходимое. Хотя предложенное лечение поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что лечение является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается иволютивному развитию, которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки пломбы.

 Я обязуюсь точно выполнять все рекомендации и назначения лечащий врача и понимаю, что их невыполнение может привести к серьезным осложнениям и неуспеху лечения.

 Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упоминавшийся в данном документе.

 Я понимаю, что в связи с индивидуальной анатомией и реакцией организма возможно расхождение с первоначально определенным планом лечения и изменение ранее оговоренной стоимости лечения как в большую, так и в меньшую сторону.

 Меня уведомили, что рентгеновские снимки, сделанные в вашей Стоматологической клинике ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России являются неотъемлемой частью истории болезни и на руки не выдаются, что история болезни существует в единственном экземпляре и хранится в Стоматологической клинике ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России являются неотъемлемой частью истории болезни и на руки не выдаются, Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе выполнения работ.

 Меня уведомили, что Стоматологическая клиника ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России и ее персонал не несет ответственности за оказанные стоматологические услуги в следующих случаях:

1. Предоставления услуг по требованию пациента, расходящихся с предложенным врачом

планом лечения, о чем делается соответствующая запись в истории болезни.

1. Возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее.
2. Осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи

с несоблюдением врачебных рекомендаций.

1. Переделок и исправления работ в другом лечебном заведении.
2. Ремонта, порчи и исправления работы самим пациентом.
3. Истечения срока гарантии на оказанные услуги.
4. Иных ситуаций, предусмотренных условиями гарантии, действующими в нашей клинике.

 Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Я удостоверяю, что моя подпись в конце документа означает согласие со всеми условиями, принятыми в Стоматологической клинике ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России и со всеми пунктами данного документа.

 Я даю свое согласие на проведение эндодонтического и терапевтического лечения зубов. Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Расшифровка подписи:

Подпись лечащего врача: \_\_\_\_\_\_\_\_ Расшифровка подписи: