ALFA DENT
FAMILY DENTAL CLINIC

Приложение № _____ к Договору № _____ от «____»
_____ 20___ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ И ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Я, _____ (Ф.И.О.), дата рождения _____, обращаюсь в ООО «Альфа-Дент» для проведения терапевтического и эндодонтического лечения (лечение корневых каналов) зубов. Этот документ подтверждает, что я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым планом, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги, а также с альтернативными вариантами лечения.

Доктор поставил мне диагноз: _____ и обосновал необходимость проведения терапевтического лечения зубов. Я понимаю, что результатом терапевтического лечения является устранение воспалительного процесса и восстановление целостности твердых тканей зуба при помощи пломбировочных материалов. 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 эндодонтического лечения, прогрессирование зубо-альвеолярных 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 или 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).

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

- Высокий процент успешности проведения терапевтического лечения (более 80%) не исключает определенный процент (5-10%) неудач, что может потребовать: повторной установки пломбы, перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии (резекции) и даже удаление зуба.
- Во время лечения корневых каналов возможна поломка эндоинструмента, что может повлечь за собой невозможность его удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и повлечь за собой удаление зуба.

При лечении инфицированных и ранее леченных корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается (до 60%), 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, ступеньки и ложные каналы;
- сильная кальцификация 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 и стать причиной удаления зуба;

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 или извлечь из канала 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 постоянной 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 в случае нарушения этих рекомендаций Исполнитель за результаты лечения депульпированного зуба ответственности не несет. Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения как в процессе лечения, так и после него согласно рекомендациям врача и графику контрольных осмотров.

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. 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. Я уведомлен, что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной особенности моего организма, возникает необходимость коррекции или переустановки зафиксированных пломб. 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 переделка пломб с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно согласно прайсу Исполнителя.

Я уведомлен(а), что для терапевтического лечения проводится процедура механического препарирования (снятия слоя измененных твердых тканей) которая является необратимой. Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что не всегда возможно поставить точный диагноз (кариес или пульпит) и планировать соответствующее лечение. Я сознаю, что для лечения зубов с глубокими и обширными полостями даже после постановки постоянной пломбы может потребоваться депульпирование зуба и лечение (перелечивание ранее запломбированных) корневых каналов в нем, и что присутствие такой рекомендации врача в предварительном плане лечения нужно для получения наилучшего результата лечения. Также меня уведомили, что наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза является сохранение жизнеспособности пульпы. В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба с ранее имевшейся в нем кариозной полостью или глубоком клиновидном дефекте, стираемости, существует риск воспаления пульпы зуба и (или) развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня зуба как в процессе, так и после постановки постоянной пломбы. Я информирован, что в этом случае за дополнительную плату согласно прайсу будет проведено лечение корневых каналов опорного зуба наиболее рациональным и безопасным способом. Мне известно, что коррекции корневых и коронковых пломб (необходимые для индивидуализации и получения

наилучшего результата), пришлифовка готовых пломб по прикусу, не полное их совпадение по цвету, форме и прозрачности с соседними зубами и искусственными конструкциями являются конструктивной особенностью данной медицинской услуги и не относятся к существенным недостатком 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. Я осознаю риск, связанный с применением анестезии и медицинских препаратов, Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне лечение. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо. 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. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, договора на оказание платных медицинских услуг.

1. Настоящее информированное согласие разработано на основании ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказов Минздравсоцразвития России № 390н от 23.04.2012 г., Минздрава России № 1051н от 12.11.2021 г.

2. Согласно ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.

3. Информированное добровольное согласие на комплекс обследований дается пациентом старше 15 лет либо законным представителем пациента, не достигшего возраста 15 лет, один раз при первичном обращении в медицинскую организацию и действительно в течение всего срока оказания услуг в медицинской организации.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти:

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я понимаю, что факт дачи мною согласия на медицинское вмешательство имеет соответствующие юридические последствия. Я подписываю настоящее согласие на медицинское вмешательство, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой информацией для принятия решения.

Дата:

Пациент: ✓_____ / _____

(подпись пациента) *(ФИО полностью)*

Врач: _____ / _____

(подпись врача) *(ФИО)*