

Страница 1 из 4000 Центрстом «АС»ИДС на эндодонтическое лечение
**Информированное добровольное согласие
на медицинское(-ие) вмешательство(-а) –
эндодонтическое лечение зуба(-ов)и/или восстановление коронки зуба(-ов) пломбой(-ами)
после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения**
(основание: статья 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, _____,

«__» _____ г. р., проживающий(-ая) по адресу: _____,

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____

(Ф.И.О. полностью)

паспорт: _____, выдан: _____

(серия, номер)

(орган, выдавший паспорт, и дата выдачи)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – нужное подчеркнуть) ребёнка или лица, признанного недееспособным:

_____ (Ф.И.О. ребёнка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на предложенное(-ые) мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинское(-ие) вмешательство(-а): эндодонтическое лечение зуба(-ов) и/или восстановление коронки зуба(-ов) пломбой(-ами) после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения.

Медицинский работник _____

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

после выполненной диагностики обосновал необходимость проведения эндодонтического лечения (лечения корневых каналов) и/или восстановления коронки пломбой(-ами) после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения.

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемым эндодонтическим лечением зуба(-ов) и способом восстановления коронки зуба(-ов) пломбой(-ами) после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения, и, в соответствии со своей волей, мог(ла) либо отказаться от него, либо дать своё согласие на проведение эндодонтического лечения зуба(-ов) и/или восстановление коронки зуба(-ов) пломбой(-ами) после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения.

Последствиями отказа от эндодонтического лечения зуба(-ов) могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба(-ов), а также системные проявления заболевания.

Последствиями отказа от восстановления коронки зуба(-ов) после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения могут быть: ухудшение эстетики, перелом коронки зуба, потеря зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, нарушение функции речи и жевания, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология и т.д.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моём случае (в случае лица законным представителем которого я являюсь) будут иметь меньший клинический успех.

Альтернативными методами лечения (возможными вариантами медицинского вмешательства) являются: удаление поражённого зуба(-ов), отсутствие лечения как такового.

В случае проведения обезболивания выбор анестезиологического пособия и анестетика я доверяю медицинскому работнику, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые лекарственные препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии.

Я информирован(а) о том, что эндодонтическое лечение необходимо и проводится при болезнях пульпы и периапикальных тканей. Я информирован(а) о том, что эндодонтическое лечение необходимо и проводится при лечении в том числе следующих нозологических единиц и состояний: острого пульпита (K04.01 по МКБ-10), гнойного пульпита [пульпарного абсцесса] (K04.02 по МКБ-10), хронического пульпита (K04.03 по МКБ-10), хронического язвенного пульпита (K04.04 по МКБ-10), хронического гиперпластического пульпита [пульпарного полипа] (K04.05 по МКБ-10), острого апикального периодонтита (K04.4 по МКБ-10), хронического апикального периодонтита (K04.5 по МКБ-10), периапикального абсцесса со свищом (K04.6 по МКБ-10), периапикального абсцесса без свища (K04.7 по МКБ-10), корневой кисты апикальной и боковой (K04.8 по МКБ-10), корневой кисты периапикальной (K04.8 по МКБ-10) и т.д.

Пациент (законный представитель) _____
(подпись) (Ф.И.О. полностью)

Я информирован(а) о принципах, целях и методах оказания медицинской помощи, а именно эндодонтического лечения зуба(-ов), которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: купирование острого или хронического воспалительного процесса, проведение обработки корневых каналов зуба(-ов) под контролем методов лучевой визуализации, достижение obturации корневых каналов зуба(-ов) до уровня физиологической верхушки корня зуба(-ов), предупреждение развития осложнений, повышение качества жизни пациента и т.д.

Я информирован(а) о принципах, целях и методах оказания медицинской помощи, а именно восстановления коронки зуба(-ов) пломбой(-ами) после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: устранение факторов, обуславливающих процесс разрушения тканей зуба(-ов); предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса; сохранение и восстановление анатомической формы и функции зуба(-ов); предупреждение развития патологических процессов и осложнений.

Я информирован(а), о том, что эндодонтическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, при этом оно является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Имеется определённый процент (5-20%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: повторного эндодонтического лечения (перелечивания корневых каналов) в будущем, периапикальной хирургии или даже удаления зуба.

Я информирован(а), о том, что при повторном эндодонтическом лечении зуба(-ов) (перелечивании корневых каналов) процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, а именно до 10-30%, что связано:

- с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо анкерный штифт из корневого канала;
- с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов и т.д.). Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтического лечения.

Я информирован(а), о том, что при формировании эндодонтического доступа к корневым каналам зуба, покрытого одиночной искусственной коронкой, и/или являющегося опорой несъёмного или съёмного зубного протеза, может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции, что приведет к её необратимому повреждению.

Я информирован(а), о том, что попытка снятия ортопедической конструкции для эндодонтического лечения опорного зуба может привести к перелому самого зуба и необходимости его удаления.

Я информирован(а) о возможных рисках и осложнениях эндодонтического лечения, а именно о том, что в 10% случаев возможно развитие ятрогенных осложнений, таких как:

- поломка эндодонтических инструментов в корневом канале и невозможность их удаления из корневого канала, что может стать причиной неудачи эндодонтического лечения и/или потребует дополнительных дорогостоящих медицинских вмешательств, и/или удаления зуба(-ов);
- перфорация стенки корня зуба(-ов) или дна полости зуба(-ов), что может стать причиной неудачи эндодонтического лечения и/или потребует дополнительных дорогостоящих медицинских вмешательств, и/или удаления зуба(-ов);
- выведение пломбировочного материала за верхушку корня зуба(-ов), что может стать причиной неудачи эндодонтического лечения и/или потребует дополнительных дорогостоящих медицинских вмешательств, и/или удаления зуба(-ов);
- выведение пломбировочного материала в полость гайморовой пазухи или нижнечелюстной канал, что может стать причиной неудачи эндодонтического лечения и/или потребует дополнительных дорогостоящих медицинских вмешательств, и/или удаления зуба(-ов).

Я информирован(а) о возможных рисках и осложнениях эндодонтического лечения, а именно о том, что в 10% случаев возможно развитие нового заболевания, связанного с основным (появление и/или рецидив патологического процесса в периапикальных тканях зуба(-ов), его прогрессирование).

Я информирован(а) о том, что при лечении искривлённых и/или труднопроходимых корневых каналов риск развития осложнений (поломка эндодонтических инструментов, перфорация корня, перелом корня и т.д.) возрастает до 30 %.

Я информирован(а) обо всех возможных временных последствиях эндодонтического лечения:

- ощущение дискомфорта, незначительные болевые ощущения, боли при накусывании на зуб, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней;
- отёчность десны в области зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и т.д.

Даже при успешном завершении эндодонтического лечения и/или восстановлении коронки зуба(-ов) пломбой(-ами) после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения нельзя гарантировать, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Я информирован(а) о возможных рисках и осложнениях восстановления коронки зуба(-ов) пломбой(-ами) после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения, а именно о том, что в 10% случаев возможно развитие ятрогенных осложнений (появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, например, аллергических реакций), а также что в 10% случаев возможно развитие нового заболевания, связанного с основным (рецидив кариеса, его прогрессирование).

Я информирован(а) о том, что выбор метода восстановления зуба после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения зависит от ряда факторов, в том числе от индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба

Пациент (законный представитель) _____
(подпись) (Ф.И.О. полностью)

(ИРОПЗ), который определяется после препарирования кариозной полости зуба. При показателях ИРОПЗ в пределах 0,2-0,4 применяется метод пломбирования. Для группы жевательных зубов при ИРОПЗ > 0,4 показано изготовление вкладок из металлов, из керамики или из композитных материалов. При ИРОПЗ > 0,6 показано изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ > 0,8 показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок.

Я информирован(а), что в случае разрушения более 50% твёрдых тканей зуба после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения, композитная пломба и/или реставрация при световом отверждении даёт усадку слишком большой силы, что может привести к отлому оставшихся тонких стенок зуба или к отрыву пломбы и/или реставрации от стенок зуба (микротрещины), которая впоследствии приводит к нарушению герметизации пломбы и/или реставрации и рецидиву кариеса в недалёком будущем.

Я информирован(а), что композитная пломба и/или реставрация после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического неэффективна в случае разрушения зуба на уровне под десной в связи с постоянным подтеканием десневой жидкости, нарушающей технологию постановки пломбы и/или выполнения реставрации. В этих случаях методом выбора является изготовление в зуботехнической лаборатории не прямой реставрации из композита или керамики, которая затвердевает в идеальных условиях с соблюдением технологии и даёт усадку до постановки в полость рта, и, следовательно, не давит на оставшиеся ткани зуба, сберегая их, и идеально прилегает к зубу, в том числе в поддесневой области.

Я информирован(а) о необходимости покрытия зуба(-ов) ортопедической конструкцией после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения и/или восстановления коронки зуба(-ов) пломбой(-ами). В противном случае эндодонтическое лечение может потерпеть неудачу, что может стать причиной потери зуба(-ов).

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения в процессе лечения и в будущем, и обязуюсь приходить (обеспечивать визиты лица, законным представителем которого я являюсь) на контрольные осмотры по графику, обговоренному с медицинским работником и зафиксированному в медицинской документации, соблюдать гигиену полости рта.

Я информирован(а) о необходимости строго следовать этапам диагностики, лечения, медицинской реабилитации; о важности соблюдения рекомендаций по срокам лечения; о необходимости полного восстановления целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций.

Понимая сущность предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) лечения и уникальность организма, я согласен(-на) с тем, что итоговый результат лечения может отличаться от ожидаемого мною, и что искусственные пломбы и/или реставрации эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций в полости рта. Я осознаю риск, связанный с применением анестезии, прочих лекарственных препаратов, а также медицинских изделий. Я понимаю, что в моих интересах начать предложенное мне лечение.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций медицинского работника.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) медицинского работника обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма (организма лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе аллергического характера, о наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов и/или использования медицинских изделий.

Я предоставил(а) медицинскому работнику точную историю моего физического и психического здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь). Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от медицинского работника указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля, динамического наблюдения и визитов в указанные сроки.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительных медицинских вмешательств, в том числе в экстренной форме, я даю согласие на оказание медицинских услуг (медицинской помощи) в том объёме, который определит медицинский работник.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные медицинские процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи стоматологического профиля любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я информирован(а) о предполагаемых результатах эндодонтического лечения зуба(-ов) и/или восстановления коронки зуба(-ов) пломбой(-ами) после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения, а именно: изменение состояния моего здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь), осуществлённое путём профилактики и/или диагностики, и/или лечения, и/или медицинской реабилитации имеющегося(-ихся) у меня (у лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания(-ний) и/или состояния(-ний).

Я согласен(-на) на проведение медицинской фото- и видеосъёмки при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных. Я согласен(-на) и разрешаю медицинскому работнику, в случае необходимости, опубликовать информацию

Пациент (законный представитель) _____
(подпись) (Ф.И.О. полностью)

Страница 4 из 4000 Центрстом «АС»ИДС на эндодонтическое лечение

о моём лечении (лечении лица, законным представителем которого я являюсь) в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению (лечению лица, законным представителем которого я являюсь).

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечёт за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от предложенного лечения, либо дать на него своё согласие.

Я информирован(а), что настоящий документ составлен на **4-х** страницах и хранится в моей медицинской документации (медицинской документации лица, законным представителем которого я являюсь).

Дата оформления информированного добровольного согласия: « ____ » _____ 202__ г.

Пациент (законный представитель): _____ / _____ /
(подпись)(расшифровка)

Медицинский работник: _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка)

Я даю информированное добровольное согласие по форме и содержанию, подписанного мною ранее, а именно « ____ » _____ 202__ г., на предложенное(-ые) мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинское(-ие) вмешательство(-а): эндодонтическое лечение зуба(-ов) и/или восстановление коронки зуба(-ов) пломбой(-ами) после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения.

Дата подписания	Диагноз (МКБ-10)	Ф.И.О. полностью, должность и подпись медицинского работника	Ф.И.О. и подпись пациента (законного представителя)

Пациент (законный представитель) _____
(подпись) (Ф.И.О. полностью)