

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА на медицинское вмешательство (стоматологическое терапевтическое вмешательство)

Я, _____
(Фамилия Имя Отчество, заполняется пациентом собственноручно)
действуя в своих интересах (в интересах _____)
(Фамилия Имя Отчество, лет – заполняется законным представителем)

подтверждаю, что медицинский работник ООО «Эстетика» предоставил мне в полном объеме и в доступной для меня форме информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, а именно:

Терапевтическое стоматологическое вмешательство включает в себя: 1) диагностические вмешательства (опрос, осмотр, пальпация, перкуссия, исследование болевой чувствительности, рентгенографические исследования), информация о которых, мною получена ранее при подписании информированного добровольного согласия на первичный осмотр; 2) обезболивание (местная, проводниковая анестезия) в случае необходимости (глубокое поражение тканей зуба, периодонтит, повышенная чувствительность десны); 3) механическое удаление патологически измененных тканей зуба с замещением их искусственным материалом. При поверхностном (простом) кариесе удаляется патологически измененная часть твердых тканей коронки зуба (эмаль); при осложненном кариесе (пульпите) – внутренние мягкие ткани зуба (пульпа). При глубоком поражении (пульпит, периодонтит), а также при подготовке к протезированию проводится эндодонтическое лечение – удаление нервно-сосудистого пучка в корневом канале зуба, введение в канал лекарственных веществ, заполнение канала искусственным материалом с установкой или без искусственного стержня, укрепляющего зуб для последующего протезирования (штифт). Эндодонтическое лечение может потребовать проведения нескольких этапов лечения (девитализация нерва мышьяковистой пастой, пломбирование антибактериальными средствами, противовоспалительная терапия, физиотерапевтическое лечение и др.)

В связи с установленным диагнозом: _____
(заполняется врачом)

необходимо проведение терапевтического вмешательства:

- лечение кариеса зуба _____
- депульпирование зуба _____
- эндодонтическое лечение зуба _____

Я проинформирован(а) о том, что определение глубины поражения зубной ткани кариозным процессом и установление окончательного диагноза возможно только в ходе непосредственного лечения, что может повлечь необходимость расширения запланированного объема лечения, изменения сроков лечения и стоимости услуг.

Я проинформирован(а) о возможном использовании различных пломбировочных материалов и даю своё согласие на применение _____
(наименование – заполняется врачом)

В большинстве случаев удаление патологически измененных тканей зуба не имеет альтернативных вариантов лечения. В запущенных случаях (осложненный кариес) альтернативным вариантом эндодонтическому лечению является хирургическое удаление зуба.

В случае отказа от терапевтического лечения прогрессирование кариозного процесса приводит к увеличению зоны поражения, объема вмешательства и ухудшению прогноза с высокой вероятностью потери зуба. Поверхностный кариес переходит в стадию осложненного кариеса с поражением пульпы зуба (пульпит), в последующем развивается воспаление в канале корня зуба, околозубных тканей (периодонтит), что в конечном итоге приводит к необходимости удаления зуба. Хронический воспалительный процесс (пульпит, периодонтит) может привести к образованию гнойного очага (флюс, околочелюстной абсцесс), воспалению небных пазух (гайморит), кости (остеомиелит), а также сопровождается инфекционной нагрузкой на организм, увеличением региональных лимфатических желез (подязычных, шейных), общесистемными реакциями организма и обострением имеющихся хронических заболеваний зубочелюстной системы, желудочно-кишечного тракта и др.

При проведении терапевтического вмешательства может потребоваться предварительное обезболивание введением (инъекцией) препарата в мягкие ткани десны. Я сообщил(а) врачу о ранее возникавших у меня аллергических или необычных реакциях на обезболивающие препараты и иные лекарства, пищу, укусы насекомых и т.п., а именно: _____
(заполняется пациентом)

Я понимаю, что сокрытие или сообщение недостоверных сведений об аллергических проявлениях может привести к непредвиденным аллергическим реакциям, вплоть до развития тяжелого осложнения в виде анафилактического шока, представляющего угрозу для жизни.

Инъекция обезболивающего препарата (анестетика) может сопровождаться болью или жжением в месте укола, чувством «распирания» тканей, онемения (парестезия), иногда, в области языка, губ, щек, подбородка и других зубов (временный парез лицевого нерва) длительностью до трех часов, непродолжительным затруднением (ограничением) полного открывания рта. В случаях особой индивидуальной чувствительности может потребоваться повторное введение препарата.

Я предупрежден(а) о необязательных, но возможных рисках применения обезболивающих препаратов, включая

состояние обморока, коллапс, аллергические реакции (включая анафилактическую реакцию), образование отека и гематом в месте инъекции, кровоподтеков, временного побледнения участков кожи лица, болезненность в месте инъекции до трёх недель.

Я даю своё согласие на применение обезболивающего препарата _____

(наименование – заполняется врачом)

Механическое удаление тканей зуба осуществляется с помощью бормашины. В ходе удаления патологических тканей возможно возникновение: временных дискомфортных и неприятных ощущений (вибрация, звук, запах), усиления слюноотделения, рвотного рефлекса; болевых ощущений, что может потребовать дополнительного обезболивания; поверхностные повреждения слизистой языка, полости рта, кожно-губных складок бором и используемым стоматологическим инструментом.

При значительном воспалении окружающих тканей удаленного зуба и высоком риске развития инфекционных осложнений (в т.ч. и в случае перфорации корня зуба, сообщающегося с небной пазухой), для их лечения и профилактики может потребоваться применение антибиотиков. В случае невыполнения рекомендаций врача по приему антибиотиков возможно возникновение или прогрессирование существующего инфекционного процесса вплоть до развития угрожающих жизни состояний (остеомиелит, медиастинит, сепсис).

Для контроля результата эндодонтического лечения необходимо проведение рентгенологического исследования (визиография, прицельный снимок, панорамный снимок, компьютерная томография или другие).

После терапевтического вмешательства запрещено принимать пищу, пить горячие напитки, полоскать рот, курить в течении двух часов.

Я проинформирован(а) и понимаю, что в силу индивидуальных биологических особенностей человеческого организма существует определенный риск возникновения необязательных, но возможных неблагоприятных последствий и осложнений:

во время терапевтического вмешательства возможны:

- вскрытие полости зуба (обнажение пульпы) при удалении размягченного дентина кариозной полости;
- перфорация стенки кариозной полости при препарировании тонких стенок с нависающими краями, отлом такой стенки при незначительном давлении на них бором;
- отлом коронковой части зуба при циркулярном кариесе;
- повреждение бором соседних зубов при обработке кариозных полостей, расположенных на контактных поверхностях зубов;
- перфорация стенки корневого канала инструментом при удалении пломбировочного материала из корневого канала зуба;
- попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани, полости и каналы при эндодонтическом лечении;
- перфорация небной пазухи с выходом пломбировочного материала в пазуху и развитие гайморита,
- раскол зуба, откол части коронки, отлом бора, эндодонтических инструментов при обработке, расширении и пломбировании труднопроходимых корневых каналов,
- травматизация или ожог десны при локализации кариозного поражения в пришеечной области, в случае несвоевременного удаления мышьяковистой пасты (более чем через 48 часов);
- вывих височнонижнечелюстного сустава;

после терапевтического вмешательства возможны:

- постпломбировочные боли при надкусывании от нескольких часов до нескольких дней;
- появление или увеличение отёчности десны и лица в области вмешательства;
- обострение хронического воспалительного процесса после механической и медикаментозной обработки канала;
- временное воспаление зубодесневого сосочка с последующей незначительной кровоточивостью (папиллит) при использовании ретракционной нити, при обработке и пломбировании кариозной полости инструментами, при нависающем крае пломбы, при хроническом заболевании дёсен;
- изменение цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свёкла, вишня, шоколад и др.), использование яркой губной помады, курения сразу после лечения;
- просвечивание стыка пломбировочного материала и здоровых тканей зуба через тонкую эмалевую стенку;
- ограниченное открывание рта (тризм);
- появление тёмной полосы между пломбой и тканями зуба при наличии желудочно-кишечных заболеваний;
- необходимость послабляющего разреза десны в области зуба после эндодонтического лечения;
- необходимость удаления зуба в случае неэффективности эндодонтического лечения и прогрессировании патологического процесса;
- другие виды осложнений:

(заполняется врачом)

Возможность возникновения указанных последствий является предварительно согласованным условием оказания медицинской услуги (медицинских вмешательств), а их возникновение – не свидетельствует о ненадлежащем оказании медицинского вмешательства.

В случае если болезненные ощущения сохраняются у пациента более суток или усиливаются, сопровождаются повышением температуры тела, увеличивается отечность тканей в области проведенных манипуляций, пациент должен незамедлительно проконсультироваться с работником исполнителем, по указанному в договоре телефону, либо непосредственно обратиться в клинику исполнителя.

Предполагаемым результатом терапевтического вмешательства является санация кариозного очага, замедление

прогрессирования кариозного процесса, санация очага инфекции в полости зуба и его корневого канала и околозубных тканей, восстановление коронки зуба и жевательной функции, укрепление зуба для протезирования искусственной коронкой, в том числе с помощью установки штифта, или протезирования ортопедической конструкцией (съёмной или несъёмной).

Врач проинформировал меня о гарантийных сроках и сроках службы пломбировочных материалов. О том, что они указаны в положении о гарантиях на сайте клиники и информационном стенде в помещении клиники. Врач разъяснил, что гарантийные обязательства клиники действительны при удовлетворительной гигиене полости рта и проведении профилактических осмотров и профессиональной гигиены не реже 1 раза в 6 месяцев, в противном случае пациент сам (своими действиями) снижает срок гарантии.

Я имел (а) возможность задать вопросы врачу и получить ответы, в том числе в письменной форме:

(заполняется собственноручно пациентом или законным представителем)

Настоящий документ мною прочитан, я понимаю, что он является неотъемлемой частью договора на оказание медицинских услуг и его подписание влечет правовые последствия.

На основании полученной от медицинского работника информации в полном объеме и в доступной для меня форме, достаточной для осознанного решения, **Я ДАЮ СВОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ** на проведение описанных выше медицинских вмешательств.

Мое информированное добровольное согласие распространяется на все последующие случаи проведения этих же самых диагностических медицинских вмешательств, если они будут необходимы при дальнейшем обследовании и лечении.

«___» _____ 20__ г. Пациент _____
(подпись пациента или законного представителя)

Подписание настоящего согласия не освобождает исполнителя от ответственности за ненадлежащее лечение

от ООО «Эстетика»

_____ / _____
(должность медицинского работника) Фамилия И.О. подпись

Оригинал настоящего информированного добровольного согласия хранится у Исполнителя в медицинской документации пациента.

Копию настоящего информированного согласия получил (по требованию пациента, законного представителя)

«___» _____ 20__ г. Пациент _____
(подпись пациента или законного представителя)

