

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Лечение кариеса

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я,

(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе _____

и необходимости лечения зубов в соответствии с Планом лечения (номера зубов отражаются в Плане лечения).

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может при обработке зуба оказаться значительной полостью, и, следовательно, потребует реставрации (восстановление) значительной части зуба или постановка коронки или вкладки (при необходимости). Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой пломбирочный материал будет мной выбран и от размера пораженного участка зуба (зубов). Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, в том числе об удалении пораженного зуба. Я осведомлен(а), что в случае отказа от данного лечения, возникает прогрессирование кариеса, развитие его осложнений, в том числе воспаление пульпы, периодонтит, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов); нарушение общего состояния зубов.

Я соглашаюсь с тем, что сложно поставить точный диагноз (глубокий кариес или пульпит?) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству. Окончательное решение лечения врач может принять только после того, как проведет препарирование и удалит весь размягченный дентин из полости зуба. При этом возможны два варианта лечения:

1. Наложение лечебной прокладки с последующим пломбированием зуба (1-2 посещения).
2. Эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба) с последующим пломбированием (1-4 посещения).

Я соглашаюсь с тем, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет возможен.

Я соглашаюсь с тем, что во время, и после лечения могут возникнуть признаки пульпита:

– после лечения с наложением лечебной прокладки возможно появление болевых ощущений, при нарастании которых необходимо будет провести эндодонтическое лечение;

– обострение заболевания может возникнуть и в более отдаленные сроки, и это тоже приведет к эндодонтическому лечению;

Я соглашаюсь с тем, что при большой кариозной полости и моем отказе от вкладки или коронки, возможен раскол зуба при надкусывании, что повлечет необходимость удаления зуба с дальнейшим протезированием.

Я соглашаюсь с тем, что после качественного лечения кариеса, в зубе, в том числе депульпированном, могут возникать новые кариозные поражения, в том числе в области постановки пломбы.

Я соглашаюсь с тем, что в случае возникновения нежелательных явлений и осложнений при лечении кариеса, в т.ч. вышеуказанных, о которых я информирован в настоящем документе, а также заболеваний, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость дополнительного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии для обезбоживания медицинских манипуляций на зубе. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (при отсутствии нужной степени обезбоживания после первой инъекции) с использованием однократных игл и картриджей. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезбоживания и временном ошении припухлости. Я соглашаюсь не принимать пищу в течение времени действия анестетика (пока держится онемение, в среднем до двух часов после анестезии) во избежание прикусывания и травмирования слизистой.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезбоживание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я проинформирован(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Мне разъяснена необходимость, как во время лечения, так и после его окончания приходить на назначенные врачом контрольные осмотры и профилактические мероприятия, соблюдать гигиену полости рта.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке и сроке службы на лечение глубокого кариеса и пломбирование, которые составляют каждый равным один месяц. Гарантийные обязательства включают сохранность пломбирочного материала и устойчивое нахождение пломбы на зубе, при этом в силу биологических особенностей организма существует вероятность возникновения нового кариеса (не в зоне пломбирования) или пульпита (не связанного с лечением кариеса) в этом же зубе, поэтому я соглашаюсь с тем, что лечение указанных заболеваний будет происходить за отдельную плату как лечение новых заболеваний зубов.

Многу заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения кариеса зубов (либо пульпита) на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись) (ФИО полностью)

Дата « _____ » _____ 202 _____ г.