

Наша клиника
строго руководствуется:

- Основами законодательства об охране здоровья граждан РФ (согласно ст. № 30-34, 61, 69 закона «Об охране здоровья», Постановление № 5487-1 от 22/07/93),
- Законом о защите прав потребителей,
- Современными нормами медицинской Этики, действующими в передовых Странах мира

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства

Эндодонтическое лечение

(лечение пульпита)

Этот документ свидетельствует о том, что в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы лечения корневых каналов при пульпите, связанные с ним риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений.

1. Я _____

соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог _____,

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Диагноз: _____

2.1. Мне разъяснено и понятно, что эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для дезинфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата.

2.2. Мне сообщена предварительная стоимость планируемого лечения, которая будет окончательно установлена по окончании реализации согласованного со мной плана стоматологического лечения.

2.3. Я предупрежден (а) о возможности коррекции намеченного стоматологического плана лечения в зависимости от ситуации, складывающейся в процессе его реализации, о чем меня своевременно предупредит лечащий врач.

2.4. Я понимаю необходимость рентгенологической диагностики и контроля качества лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, оговоренному с лечащим врачом и записанному в моей медицинской карте стоматологического больного.

2.5. Я информирован (а) о возможных побочных действиях, используемых при моем лечении лекарственных препаратов (анестетики, антисептики, антибиотики и др.), используемых стоматологических материалов и технологий, о необходимости соблюдать режим, все рекомендации и назначения лечащего врача в ходе лечения и по его окончании, немедленно сообщать врачу о любом изменении самочувствия.

2.6. Я извещен (а) о возможных осложнениях предложенного лечения и последствиях, которые могут возникнуть при отсутствии предложенного лечения, а именно:

- Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты, если сочтет это нужным;
- Во время лечения корневых каналов, особенно искривленных, возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала. Либо инструмент может перфорировать стенку корня. Такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба или вызвать необходимость применения других манипуляций;
- Если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции, 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;

- При проведении медикаментозной обработки корневого канала возможен выход раствора за апикальное отверстие, что может привести к ожогу периапикальных тканей, возникновению местного воспаления и потребует назначения лекарственных средств по усмотрению врача;
- При пломбировании корневого канала возможно выведение пломбировочного материала за апикальное отверстие, что может привести в последующем к формированию очага воспаления в зоне выведения, так же при пломбировании корневых каналов возможно выведение пломбировочного материала в нижнечелюстной канал, в верхнечелюстную пазуху, в область ментального отверстия, с последующим развитием неврита и синусита;
- Даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтического лечения. Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения. Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, по усмотрению врача, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).

2.7. Мне понятно, что последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление, либо нарастание болевых ощущений, развитие очага хронической инфекции около верхушки корня и в зоне би- и трифуркации корней, образование кисты, образование трещины в зубе, потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

2.8. Я понимаю, что альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба, отсутствие лечения как такового.

2.9. Я извещен (а) о негативных последствиях, которые могут возникнуть в случае моего полного или частичного отказа от лечения, или при моем самостоятельном прерывании реализации согласованного плана стоматологического лечения.

3. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать точный исход планируемого лечения. Мне гарантировано, что все необходимые и согласованные со мной лечебные манипуляции будут выполнены квалифицированным специалистом в соответствии с профессиональными стандартами и требованиями. Я осознаю, что проводимое мне лечение, в том числе медицинское вмешательство, не гарантирует 100 % выздоровления.

4. Я даю согласие на фотографирование, съемку и рентгенологическую запись во время стоматологических процедур и публикацию этих снимков исключительно в медицинских целях с учетом сохранения врачебной тайны, понимая, что эти фотографии останутся собственностью клиники. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой или проводившим процедуру врачом данных фотографий, мое имя не будет упомянуто и регламент закона о сохранении медицинской информации (тайны о пациенте) нарушен не будет.

5. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической и биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а так же об употреблении алкоголя, наркотических и токсических.

6. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст.20 ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

7. Я имел (а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил (а) исчерпывающие ответы на них.

8. Мною согласован и одобрен предложенный предварительный план стоматологического лечения, зафиксированный в моей медицинской карте стоматологического больного, и подтверждаю согласие на проведение лечения корневых каналов при пульпите.

9. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____

Дата _____

Подпись врача _____

Дата _____

Рекомендации на руки получил (а) _____

Дата _____