

Информированное добровольное согласие пациента на эндодонтическое лечение

Приложение

ООО «Салюта» г. Пятигорск

" ____ " _____ 202__ г.

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Меня _____ врач _____

Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан : ребенок или лицо , признанное недееспособным

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

законным представителем которого является (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу _____

ознакомил с диагнозом, прогнозом и указал на необходимость эндодонтического лечения (лечение корневых каналов).

1. Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым лечением и мог либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

2. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: дальнейшее развитие заболевания, развитие или возникновение инфекционных осложнений, появление, либо нарастание болевых ощущений, образований кист, потеря зуба, а также заболевания и осложнения со стороны внутренних органов и систем.

3. Альтернативным методом лечения является удаление пораженного зуба (зубов).

4. Я согласен с тем, что используемые технологии не могут полностью исключить вероятность побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма.

5. Врач понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время и после лечения корневых каналов:

-Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор назначит лекарственные препараты, если сочтет нужным.

-Отечность десны в области леченного зуба или лица, а также ограниченное открывание рта после лечения, которые могут сохраняться в течении нескольких дней.

-В том случае если положительный результат не будет достигнут вследствие прогрессирования инфекционного процесса, может потребоваться повторное эндодонтическое лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаление зуба. *Переломы инструментов во время лечения, связанные с анатомическими особенностями корневых каналов, которые могут быть оставлены в корневом канале или может потребоваться хирургическое лечение.

-Перфорация корневого канала, что может потребовать хирургической коррекции.

-Преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта.

6. Я даю согласие на рентгенологическое обследование до, во время и после лечения.

7. Я даю согласие на поведение местной анестезии и осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков и др. Я проинформировал доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

8. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного (представляемого) организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения, но я также понимаю, что гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, качественное проведение всех медицинских манипуляций, применение качественных материалов.

9. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задать все интересующие меня вопросы.

10. Мне разъяснили и мне понятно предлагаемое лечение и я согласен с ним. Кроме того, я обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, обговоренному с доктором.

11. Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что оно является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента
(законного представителя) _____ / _____ / Дата « ____ » _____ 20 ____