

## Информированное добровольное согласие

### на проведение первичного или повторного лечения корневых каналов (эндодонтического лечения)

Приложение к медицинской карте № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

г. Уфа

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента, дата рождения)

настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии:

характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня (представляемого) заболевания

**Лечащим врачом мне разъяснено, что кариес** - это патологический процесс, развивающийся после прорезывания зубов и проявляющийся деминерализацией и размягчением твердых тканей зубов (эмали и дентина) с последующим образованием полости, а также **мне даны разъяснения** о конкретной разновидности диагностированного у меня (представляемого) заболевания:

- **K02.0** Кариес эмали - на зубе произошло помутнение эмали, видимых разрушений нет, инструментальное обследование зондом не дало никаких признаков изменения структуры или на поверхности зуба, появилась темная пигментация, при осмотре зуба зондом выявлено размягчение эмали
- **K02.1** Кариес дентина - поражены ткани эмали и дентина.
- **K02.2** Кариес цемента - почти полное Разрушение зуба.
- А также иные болезни твердых тканей Зубов \_\_\_\_\_

**Я осведомлен(а)** о последствиях полного или частичного отказа от данного лечения, а именно прогрессирование кариеса, развитие его осложнений, в том числе воспаление пульпы, периодонтит, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов); нарушение общего состояния зубов.

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

**Врачом мне было разъяснено и понятно, что с учетом диагноза моего (представляемого) заболевания такое медицинское вмешательство, как лечение кариеса будет включать в себя следующие этапы:** анестезия, наложение коффердама (изоляция зуба от полости рта латексной завесой), очищение от некротизированного дентина и эмали с помощью сверления под контролем микроскопа, формирование стенок и дна для оптимального наложения пломбы, обработка антисептиками, наложение лечебной или изолирующей прокладки, наложение пломбы, шлифовка пломбы к остальным зубам (по прикусу), чтобы она не мешала при жевании, воссоздание вида здорового зуба, соблюдая все анатомические тонкости. Лечение может быть проведено в одно или несколько посещений.

**Я предупрежден,** что поражение зуба, которое кажется небольшим на поверхности эмали зуба, может оказаться значительным внутри. Это повлечет за собой большую площадь обработки зуба и, возможно, не намеренное вскрытие полости зуба. В этом случае необходимо будет провести эндодонтическое лечение зуба (депульпирование), что приведет к увеличению стоимости лечения. Альтернативными методами лечения являются: изготовление вкладки или накладки,

установка коронки, удаление зуба или отсутствие лечения вообще. Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства: рецидивирующий или вторичный кариес (формирование кариозной полости рядом с пломбой), воспаление пульпы, выпадение пломбы, несоответствие пломбы цвету эмали, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

**Я предупрежден(а)** о следующих возможных последствиях и осложнениях местной анестезии: гематома (скопление густой или жидкой крови в мягких тканях тела, образовавшееся из-за разрыва кровеносных сосудов), парестезия (жжение, покалывание, зуд), тризм (спазм жевательной мускулатуры или ее непроизвольное сокращение), инфицирование, некроз тканей (отмирание тканей), проходящий парез в области лицевого нерва, аллергическая реакция, отлом инъекционной иглы, боль и дискомфорт при инъекции.

**Мне разъяснено,** что симптомами большинства из перечисленных выше осложнений являются болевые ощущения в области пролеченного зуба и что при их появлении после завершения лечения из любого из его этапов мне (предоставляемому) необходимо обратиться в ООО «Брекет» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений и проведения при необходимости повторного лечения.

**Я предупрежден(а)** о том, что, ввиду специфики медицинской деятельности, невозможно предоставить мне (предоставляемому) гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении лечения.

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

Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи: восстановление разрушенных зубов, сохранение здоровых зачатков зубов, предотвращение дальнейшего разрушения зубов, улучшения внешнего вида зубов.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения, а именно: периодический рентгенологический контроль состояния окружающих тканей зуба, контрольные осмотры два раза в год. Обязательно следить за гигиеной полости рта (чистить зубы регулярно 2 раза в день : утром и вечером в течение 2-3 минут, пользоваться зубной нитью для очищения межзубных пространств). Во избежание сколов пломбы и прилегающих к пломбе твердых тканей зуба не рекомендуется принимать и пережевывать очень жесткую пищу (орехи, сухари), откусывать от больших кусков (например, от цельного яблока ). После эндодонтического лечения , возможно , будет рекомендовано покрыть зуб коронкой или вкладкой/накладкой для предохранения зуба от поражения кариесом или перелома зуба.

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

Я даю согласие на проведение рекомендованного лечения, а также на рентгенологическое обследование до , во время и после лечения, на выбранный мною вместе с лечащим врачом метод местного обезболивания. Я полностью осознаю, что во время лечения ситуация может измениться , что потребует от врача дополнительных действий , изменения ( уточнения ) диагноза , намеченного плана лечения.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) эндодонтического лечения врачом ООО «Брекет».

Пациент (представитель пациента)\_\_\_\_\_ (подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту суть, ход , риск проведения эндодонтического лечения , дал ответы на все вопросы.

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О.) подпись