

ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1 г. Белгорода»  
Информированное добровольное согласие на эндодонтическое лечение

Я, \_\_\_\_\_ («\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_), находясь на лечении (обследовании), на основании статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для получения медицинской помощи в ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1 г. Белгорода» даю информированное добровольное согласие на эндодонтическое лечение:

И прошу персонал медицинского учреждения о его проведении.  
Медицинским работником \_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

(далее – врач) в доступной для меня форме дана полная информация и разъяснено следующее.  
Врач поставил мне диагноз \_\_\_\_\_ и предложил мне лечение корневых каналов зуба (-ов) (эндодонтическое лечение), указав на необходимость данного лечения.

Альтернативными методами данного лечения являются: удаление поражённого зуба; отсутствие лечения как такового.  
Врач в доступной для меня форме разъяснил все возможные осложнения, причины их развития. Во время лечения корневых каналов, наиболее часто встречаются следующие осложнения:

- имеется определённый процент неудачного эндодонтического лечения, обусловленного сложным строением каналов, что может потребовать перелечения корневых каналов в будущем, перепикальной хирургии и даже удаления зуба;
- болевые ощущения в зубе при накусывании и жевании, ощущение дискомфорта после лечения, отёчность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и более, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты или физиотерапевтические методы лечения, если сочтёт нужным;
- если корни зубов находятся в гайморовой пазухе или нижечелюстном канале, не исключено выведение пломбировочного материала в эти образования;
- во время лечения каналов, особенно искривлённых, с сильной кальцификацией, повышается вероятность возникновения различных осложнений (перфорации, поломки инструментов) что может повлечь за собой потерю зуба или необходимость применения других манипуляций;
- при невозможности распломбировать канал зуба, либо удалить штифт из корневого канала зуба, успех эндодонтического лечения значительно снижается.

Обязуюсь грамотно и последовательно выполнять диагностические, лечебные и профилактические мероприятия, направленные на улучшение состояния полости рта.

Гарантия не распространяется на зубы с диагнозом: хронический периодонтит, повторная эндодонтия, околокорневая киста, межкорневая резорбция кости или другая периапикальная патология, а также зубы, леченные ранее у других специалистов по поводу аналогичных заболеваний. В отдельных сложных случаях по просьбе пациента лечение может проводиться условно, т. е. без гарантированного положительного результата.

После эндодонтического лечения рекомендовано покрыть зуб коронкой или вкладкой для снижения риска перелома зуба (подчеркнуть при необходимости).  
При лечении корневых каналов зуба результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих методик, технологий и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я извещён (-а) о необходимости соблюдения мной режима в ходе лечения, рекомендаций врача, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать лечащему врачу, а в его отсутствие – заведующему отделением о любом ухудшении моего самочувствия, согласовывать с врачом приём любых не прописанных препаратов.

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 перенесённых мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.  
Я согласен (-а) на применение анестезии и соответствующих анестетиков за исключением \_\_\_\_\_ (указать какие, либо: без исключений).

Я понимаю, что для проведения качественного медицинского вмешательства необходимо проведение рентгенологического обследования (до лечения, после него, через несколько месяцев и лет после лечения). Его проведение мне гарантировано в соответствии с требованиями СанПин.

В рамках лечения учреждение проводит дополнительное исследование системой конусно-лучевой объёмной томографии, панорамной радиовизиографии и панорамной стоматологической визуализации - Гендекс ГКСПБ-500 (Gendex GXCB-500™). Отказ от исследования будет препятствовать врачу правильно и своевременно поставить диагноз и назначить лечение. Пациент принимает на себя риски, связанные с отказом от дополнительного исследования в случае получения медицинских услуг.

Лечащий врач рекомендовал исследование (указать необходимость) ☐ ДА. ☐ НЕТ. / \_\_\_\_\_ (Ф.И.О, подпись)  
Проведение томографии пациент разрешил (указать решение) ☐ ДА ☐ НЕТ. / \_\_\_\_\_ (Ф.И.О, подпись)

Мне разъяснено, что эндодонтическое лечение относится к категории опасных медицинских услуг и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от физиологических особенностей моего организма.

Мне разъяснено, что перед эндодонтическим лечением я имею право отказаться от него или потребовать его прекращения за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я предупрежден (-а) и осознаю, что отказ от медицинского вмешательства, его прекращение по моему требованию, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций врача, режима приёма препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Также мне разъяснено, что возможными последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; потеря зуба.  
Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях, с учётом сохранения врачебной тайны.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моём диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, иным лицам:

Я имел (-а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил (-а) исчерпывающие ответы.  
Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.  
Я подтверждаю своё информированное добровольное согласие на лечение корневых каналов (эндодонтическое лечение).

\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Ф.И.О. гражданина \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Ф.И.О. мед. работника  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года. (Дата оформления информированного добровольного согласия.)

Этот раздел заполняется в случае отказа от медицинского вмешательства.  
От подписи бланка добровольного информированного согласия на отказ от проведения медицинского вмешательства отказался (отказалась):

Консилиум врачей в составе:  
Должность, Ф. И. О. и подпись \_\_\_\_\_  
Должность, Ф. И. О. и подпись \_\_\_\_\_  
Должность, Ф. И. О. и подпись \_\_\_\_\_  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года.

Дата.	Диагноз.	Подпись врача.	Подпись пациента.