

**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:**

(название медицинского вмешательства)

И прошу персонал медицинского учреждения о его проведении.

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. мед. 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:

- при проведении анестезии - аллергические реакции, отлом иглы, боль и дискомфорт, парестезия, тризм, гематома, инфицирование, некроз тканей)
- при медикаментозной обработке корневых каналов – выведение раствора для ирригации в периапикальные ткани
- имеется определённый процент неудачного эндодонтического лечения, обусловленного сложным строением каналов, что может потребовать перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной 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, вкладку 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 ортопедическое восстановление зуба 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.

Я согласен (-а) на применение анестезии и соответствующих анестетиков за исключением _____ (указать какие, либо: без исключений).

В рамках лечения учреждение проводит дополнительное исследование системой конусно-лучевой объёмной томографии, панорамной радиовизиографии и панорамной стоматологической визуализации. 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.

/_____/_____/ (ФИО, подпись)

/ (ФИО, подпись)

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».

Также мне разъяснено, что возможными последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; потеря зуба.

Предоставляю ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1 г. Белгорода» право осуществления фото- и видеofиксации, диагностики, консультации, лечения и оперативного вмешательства безвозмездно и без ограничений времени использования моего фото- и видеоизображения.

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

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю своё информированное добровольное согласие на лечение корневых каналов (эндодонтическое лечение). Я понимаю, что эндодонтическое лечение не является гарантийным случаем.

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.

[illegible]