Информированное добровольное согласие пациента на проведение терапевтического вмешательства

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. ст. 19-23 ФЗ N 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

(Ф.И.О. пациента, число, месяц, год рождения)

обращаюсь в ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1 г. Белгорода» для проведения терапевтического и эндодонтического лечения (лечение корневых каналов) зубов. Этот документ подтверждает, что я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым планом, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение терапевтического лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Лечащий врач после проведенной диагностики обосновал необходимость проведения терапевтического лечения зубов. Я понимаю, что результатом терапевтического лечения является устранение воспалительного процесса в каналах зуба и восстановление целостности твердых тканей зуба при помощи пломбировочных материалов. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости (периапикальный воспалительный процесс – образование гранулемы, грануляций, кист), перелом/трещина зуба при отказе от покрытия зуба ортопедической конструкцией после проведенного эндодотического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височнонижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового, хирургическое вмешательство (апикальная хирургия). Альтернативные хирургические варианты лечения могут быть использованы при не достижении эффекта от терапевтического лечения зубов.

Доктор понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения, а именно:

высокий процент успешности проведения терапевтического лечения (более 80%) не исключает определенный процент (5-10%) неудач, что может потребовать: повторной установки пломбы, перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии (резекции) и даже удаление зуба;

во время лечения корневых каналов возможна поломка эндоинструмента, что может повлечь за собой невозможность его удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и повлечь за собой удаление зуба. При лечении инфицированных и ранее леченных корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается (до 60%), что связано: со случаями, если каналы ранее были пломбированы твердеющими препаратами, резорцин-формалиновым методом, в каналах имеются сломанные эндоинструменты, металлические и стекловолоконные штифты и вкладки, тогда часто невозможно удалить старую корневую пломбу и пройти канал на всю длину; с ситуацией, если уже имеются перфорации корней и стенок зуба, ступеньки и ложные каналы; с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов). При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии и стать причиной удаления зуба, не являясь при этом недостатком оказанных услуг.

Если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции (например, перелом коронки), либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом возможно ее необратимое повреждение). Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию или извлечь из канала инструмент, штифт или вкладку может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению.

Мне объяснили, что установка пломбы на депульпированный зуб не является конечным этапом его лечения. Я понимаю необходимость обязательного восстановления постоянной пломбой или вкладкой с последующим покрытием коронкой коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения в течение 2 недель и необходимость покрытия депульпированного зуба ортопедической конструкцией (вкладкой, коронкой) в сроки до 1 месяца после постоянной пломбировки корневых каналов; в противном случае лечение может потерпеть неудачу ввиду поломки и удаления зуба либо потребовать повторного перелечивания корневых каналов за счет Пациента. Мне известно, что в случае нарушения этих рекомендаций Исполнитель за результаты лечения депульпированного зуба ответственности не несет. Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения как в процессе лечения, так и после него согласно рекомендациям врача и графику контрольных осмотров.

Лечащий врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам лечения, важность соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также необходимость полного восстановления целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций.

Хотя предложенное лечение поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, оно является вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических этапов. Я уведомлен(а), что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволютивных процессов, возникает необходимость коррекции либо переделки корневых и коронковых пломб.

Я уведомлен(а), что для терапевтического лечения проводится процедура сошлифовывания слоя твердых тканей зуба, которая является необратимой. Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что не всегда возможно поставить точный диагноз (кариес или пульпит) и спланировать соответствующее лечение.

Я сознаю, что для лечения зубов с глубокими и обширными полостями даже после постановки постоянной пломбы может потребоваться депульпирование зуба и лечение (перелечивание ранее пломбированных) корневых каналов в нем, и что присутствие такой рекомендации врача в предварительном плане лечения нужно для получения наилучшего результата лечения. Также меня уведомили, что наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза является сохранение жизнеспособности пульпы. В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба с ранее имевшейся в нем кариозной полостью или глубоком клиновидном дефекте, стираемости, существует риск воспаления пульпы зуба и (или) развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня зуба как в процессе, так и после постановки постоянной пломбы. Я информирован(а), что в этом случае за дополнительную плату согласно прайсу будет проведено лечение корневых каналов опорного зуба наиболее рациональным и безопасным способом и последующее протезирование.

Мне известно, что коррекции корневых и коронковых пломб (необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата), пришлифовка готовых пломб по прикусу, неполное их совпадение по цвету, форме и прозрачности с соседними зубами и

искусственными конструкциями и при различном освещении являются конструктивной особенностью данной медицинской услуги и не относятся к существенным недостатком оказанных услуг.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что итоговый результат лечения может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные пломбы эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций. Я осознаю риск, связанный с применением анестезии и медицинских препаратов (гипохлоритовая авария; аллергические реакции, отлом иглы, боль и дискомфорт, парестезия, тризм, гематома, инфицирование, некроз тканей).

Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии. согласен применение анестезии соответствующих анестетиков исключением И _ (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. 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. / / (ФИО, подпись) Проведение томографии пациент разрешил (указать решение) □ ДА □ НЕТ. / /(ФИО. подпись) Я понимаю, что в моих интересах начать предложенное мне лечение. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению. Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо. Предоставляю ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1 г. Белгорода» право осуществления фото- и видеофиксации, диагностики, консультации, лечения и оперативного вмешательства безвозмездно и без ограничений времени использования моего фотои видеоизображения. Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека медицинского вмешательства И понимаю возможную необходимость на изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания услуг. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг. Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения лечебных манипуляций по устранению кариеса и его осложнений, некариозных процессов в полости рта. Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приёма препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых мною заболеваниях и имевших место осложнениях заполнена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна. Мне известно, что медицинская услуга относится к категории опасных, и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма. Мне разъяснены последствия в случае моего отказа от медицинского вмешательства, в том числе течение заболевания. Мне известно, что отказ от медицинского вмешательства в соответствии с действующим законодательством оформляется в медицинской документации и подписывается мною, а так же медицинским работником. Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил(а) на них удовлетворительные ответы. Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости. Я разрешаю(не разрешаю) использовать информацию о своем заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе. Я понимаю, что эндодонтическое лечение не является гарантийным случаем. Подтверждаю, что мне предоставлена вся необходимая информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Врач Пациент 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 Лолжность, Ф. И. О. и полпись года

Дата.	Днагноз.	Подпись врача.	Подпись пациента.