

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

### ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (лечение корневых каналов зубов)

Настоящее Добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об Основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_.

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка (ФИО, дата рождения) \_\_\_\_\_

или лица, признанного недееспособным (ФИО, дата рождения): \_\_\_\_\_

В исключительных случаях стоматологическая клиника оставляет за собой право произвести замену лечащего врача, предварительно уведомив меня об этом.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути эндодонтического лечения.

- 2.1. Диагноз: \_\_\_\_\_.
- 2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
- 2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.
- 2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и методов лечения в зависимости от клинической картины (ситуации), сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.
- 2.5. Возможные альтернативные варианты лечения, а именно: удаление пораженного зуба, отказ от лечения, \_\_\_\_\_.
- 2.6. Мне разъяснены возможные негативные **последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения**, а именно (нужное дописать, ненужное вычеркнуть): прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление, либо нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, некоторые нарушения общего состояния организма, \_\_\_\_\_.
- 2.7. Мне разъяснены возможные **осложнения под влиянием анестезии**, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции.
- 2.8. Мне разъяснены возможные **последствия приема анальгетиков и антибиотиков**, а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.
- 2.9. Мне разъяснены возможные **осложнения в процессе и после лечения**, а именно (ненужное зачеркнуть, нужное добавить):
  - 2.9.1. определенный процент (5-10%) неэффективного эндодонтического лечения по причине его медицинской специфики, а также индивидуальных особенностей строения корневых каналов зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья;
  - 2.9.2. перелечивание корневых каналов зубов через некоторое время или проведение хирургического вмешательства в области зуба и окружающих его тканей или даже удаление зуба;
  - 2.9.3. поломка инструмента (файла) внутри корневого канала и невозможность его извлечения;
  - 2.9.4. перфорация корня зуба вследствие его значительного искривления.

- 2.10. При повторном эндодонтическом лечении (обработке ранее запломбированных каналов зуба) успех лечения значительно снижается, что связано:
- 2.10.1. с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала пломбировочный материал или штифт (металлический, стекловолоконный, керамический и др.);
  - 2.10.2. с сильной кальцификацией корневых каналов, что, в некоторых случаях, повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента);
  - 2.10.3. с искривлением корневых каналов.
- 2.11. Возможные осложнения при повторном эндодонтическом лечении зуба, покрытого коронкой или являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного):
- 2.11.1. необходимость снятия несъёмного зубного протеза, а затем изготовление нового (несъёмного, съёмного) зубного протеза;
  - 2.11.2. перелом зуба, что может привести к его удалению.
- 2.12. После первичного и повторного эндодонтического лечения корневых каналов необходимо восстановление коронки зуба, т.е. постановка пломбы или покрытие зуба искусственной коронкой (в зависимости от степени разрушения коронки зуба).
- 3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях и сроках службы.**
- 4. Мне названы и со мной согласованы:**
- 4.1. методы лечения и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
  - 4.2. сроки проведения лечения;
  - 4.3. стоимость отдельных этапов (процедур) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач-стоматолог предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.
- 5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.**
- 6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения может понадобиться обследование** (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):
- 6.1. рентгенологическое (получение прицельного внутриротового снимка, панорамной томограммы, телерентгенограммы, конусно-лучевой компьютерной томограммы и др.);
  - 6.2. консультация стоматолога (ов) иного профиля: \_\_\_\_\_;
  - 6.3. консультация у врача (ей) общего медицинского профиля: \_\_\_\_\_.

Мною были заданы врачу интересующие меня вопросы о **сути и условиях** лечения, и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, и **принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

**Подпись законного представителя несовершеннолетнего пациента, не достигшего 15 лет:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Мать, отец, опекун – нужное подчеркнуть) (Ф.И.О. полностью)

**Подпись пациента:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

**Подпись врача:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата подписи)

**Для повторных обращений:**

№ п.п.		Дата	Диагноз	Ф.И.О. врача, подпись	Ф.И.О. пациента, подпись
1	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
2	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			

