

Информированное добровольное согласие на эндодонтическое медицинское вмешательство.

В соответствии со статьями 13, 19, 20, 22 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" №323-ФЗ, я _____, дата рождения _____, зарегистрированный(-ая) _____ по _____ адресу: _____, являясь

Пациентом в ответ на понятно и доступно полученную мной информацию, касающуюся состояния моего здоровья и предложенного пути решения моих медицинских проблем, заполнением этой формы соглашаюсь на медицинское вмешательство медицинским работником: стоматологии ДИ-СТОМ, (далее - Клиника): ООО «ДИ-СТОМ», а также добровольно даю свое согласие на проведение мне (Пациенту) следующего вида обезболивания, возможности изменений анестезиологической тактики _____ (название)

Доктор _____ поставил мне _____ следующий _____ диагноз: _____ . Со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе медицинского вмешательства, план лечения, оказание неотложной помощи при необходимости.

Я подтверждаю, что для принятия решения о Согласии я :

- имел(-а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(-ла) исчерпывающие ответы, разъяснения;
- достаточно информирован(-а) о других альтернативных способах решения моих медицинских проблем (в том числе, без применения анестезии), а также о лечебных учреждениях, где они применяются. В частности, альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба(зубов);
- имел(-а) достаточно возможностей для независимого поиска и получения необходимой информации, а также ее анализа и сравнения;
- все перенесенные и сопутствующие заболевания, все случаи аллергии к медикаментозным препаратам, сведения об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов (как в прошлом так и в настоящее время), обо всех перенесенных Пациентом в детстве и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на Пациента во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, правдиво изложил(-а) в анкете, подписанной мною собственноручно, находящейся в моей медицинской карте, так как понимаю, что результат моего лечения зависит в том числе и от моего исходного состояния здоровья, а также анатомических и физиологических особенностей моего организма;
- предупрежден(-а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения, о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно – сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, возможность появления тошноты, рвоты, слабости в нижних конечностях, психо-моторное возбуждение, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода; - понимаю, что возможными осложнениями под влиянием анестезии являются: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции. Поскольку после анестезии чувствительность тканей значительно снижена, Пациент может накусать щеки, губы;
- подтверждаю, что возможный вред от анестезии для меня менее значим, чем обстоятельства, которые побудили меня согласиться на анестезию;
- знаю, что последствиями полного или частичного отказа от данного медицинского вмешательства могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболевания;
- понимаю и согласен(-на), что Клиника не может нести ответственность за качество ранее проведенного лечения в других медицинских учреждениях и возникновение медицинских осложнений, связанных с обострением уже имеющихся хронических воспалительных процессов при перелечивании таких зубов.
- знаю, что не существует абсолютно безопасных медицинских вмешательств и любое медицинское воздействие на человека вызывает ответные реакции его организма, которые иногда могут быть атипичными и непредсказуемыми. И я понимаю, что медицинские специалисты примут все возможные меры по предупреждению угрозы моей жизни и причинения вреда моему здоровью;
- понял(-а) объясненные мне возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно:
 1. хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех, имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба;
 2. Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба;
 3. При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:
 - С невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;
 - с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломок инструментов). При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломок инструментов, перфораций и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии;
 - если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, то при созданииступа 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 также возможно ее необратимое повреждение). Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию, может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению;

- даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

- подтверждаю, что возможный вред от медицинских вмешательств для меня менее значим, чем обстоятельства, которые побудили меня согласиться на эти медицинские вмешательства. Понимая сущность предложенного медицинского вмешательства и уникальность собственного организма, я согласен(-на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого медицинского вмешательства. Я понимаю, что в этой части мне не были даны какие-либо гарантии или заверения, кроме гарантии качества медицинского вмешательства. Я полагаю, что в моих интересах приступить к лечению корневых каналов;

- понимаю необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения (т.е. постановка пломбы, штифта, вкладки и/или коронки по ситуации); в противном случае последнее может потерпеть неудачу (что может стать причиной потери зуба, либо потребовать перелечивания корневых каналов);

- понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с доктором и записанному в историю болезни).

Мне сообщено и понятно, что:

- я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств,

- диагноз может уточняться в процессе лечения вследствие сопутствующих обстоятельств или появления противопоказаний;

- намеченный план лечения может быть скорректирован в зависимости от индивидуальной ситуации (в связи с чем общая стоимость Услуги может быть увеличена), о чем меня уведомит врач;

- мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств,

- отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья,

- существуют возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно (помимо последствий, указанных в аннотации к соответствующему лекарственному средству): аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры, обострение хронических заболеваний ЖКТ;

- существует риск, связанный с медицинским вмешательством, возможные осложнения, а именно: боль, отек, инфекция или изменения цвета слизистой оболочки полости рта и десен, что может потребовать дополнительного лечения;

- для эффективности медицинского вмешательства могут понадобиться обследования: получение ортопантомограммы, прицельного рентгеновского снимка, компьютерной томографии, консультация стоматолога иного профиля, консультация у врача общего медицинского профиля, у иного специалиста, в том числе в другой медицинской организации, либо может возникнуть необходимость иных видов медицинского вмешательства, что повлечет за собой возможное изменение плана лечения и стоимости лечения,

- условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендаций по уходу за полостью рта и результатом полученной мною медицинской Услуги, выданных мне врачом.

Я имел(-а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(-а) на них исчерпывающие ответы, мое согласие является компетентным, добровольным, основанным на понятной для меня информации.

С прейскурантом цен на оказание услуг и условиями предоставления гарантийных обязательств ознакомлен(-а) и согласен(-а).

Даю согласие на предоставление сведений относительно состояния моего здоровья, диагноза, плана и результатов обследования и лечения, осложнениях, а также иные сведения, связанные с лечением, следующим лицам

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом, понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия, и принимаю решение приступить к лечению, а также добровольно даю свое согласие на проведение Пациенту анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

Подпись Пациента: _____/_____

_____ г.

Подпись Врача: _____/_____

_____ г.

