

Информированное добровольное согласие на лечение периодонтита

город Москва

« _____ » _____ 20__ г.

Я, _____,
(ФИО лица, которое подписывает согласие)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим подтверждаю свое согласие на лечение периодонтита

(ФИО пациента – указывается в случае, если согласие подписывается законным представителем пациента)

в ООО «АДЕНТЕ» (ОГРН 1217700162118).

1. Целью проведения медицинского вмешательства является:

- устранение факторов, обуславливающих развитие воспалительного процесса в тканях периодонта,
- предупреждение дальнейшего распространения процесса на окружающую костную ткань и соседние анатомические области,
- предупреждение развития зубочелюстных аномалий, связанных с ранней потерей зуба,
- устранение очагов аутосенсibilизации (повышенное количество антител к собственным тканям, приводящее к аллергическим реакциям) организма, бактериемии (наличие бактерий в крови),
- снижение высокой сенсibilизации (повышенной чувствительности) детского организма в результате устранения очагов хронической инфекции (при проведении лечения детям),
- повышение качества жизни пациентов.

2. Характер, способ и этапы проведения медицинского вмешательства

Врачом мне было разъяснено, что медицинское вмешательство включает в себя следующие этапы:

- проведение аппликационной, инфильтрационной и/или проводниковой анестезии (при необходимости и при отсутствии общих противопоказаний); наркоза (по показаниям), местной анестезии (при проведении лечения детям);
- создание доступа к полости зуба и раскрытие полости зуба;
- создание прямого доступа к корневым каналам зуба;
- прохождение канала или его распломбирование в ранее депульпированных зубах;
- удаление содержимого корневого канала, создание оттока и эвакуация экссудата из периапикальных тканей,
- обработка корневых каналов (механическую и медикаментозную);
- введение в корневые каналы лекарственных препаратов,
- применение физиотерапевтических методов (по потребности);
- высушивание и пломбирование корневых каналов;
- рентгенологический контроль на этапах лечения;
- реставрация зубов (воссоздание вида здорового зуба, соблюдая все анатомические особенности);
- назначение лекарственной терапии (по показаниям);
- назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов (при проведении лечения детям).

Указанные выше стадии могут присутствовать или отсутствовать в процессе лечения в зависимости от тяжести заболевания.

3. Наличие и виды альтернативного медицинского вмешательства

Я информирован(а), что альтернативными видами лечения являются: динамическое наблюдение (по показаниям), удаление зуба (по показаниям).

Мне понятно, что выбор метода лечения периодонтита должен определяться врачом исходя из клинической картины и рентгенологических данных локального процесса, характера поражения других зубов, состояния иммунитета и особенностей сопутствующих заболеваний.

Рекомендованным видом лечения является: консервативное лечение.

Также мне известно о возможности моего отказа от проведения лечения. При этом, обдумав альтернативные виды лечения и возможность отказа от медицинского вмешательства, я даю согласие на проведение рекомендованного мне лечения.

4. Противопоказания

Я информирован о наличии следующих противопоказаний к медицинскому вмешательству: индивидуальная непереносимость материалов, необходимых для лечения; острые поражения слизистой оболочки рта и красной каймы губ; острые воспалительные заболевания органов и тканей рта; неадекватное психо-эмоциональное состояние пациента перед лечением; угрожающие жизни острые состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и т.п.), развившиеся менее чем за 6 месяцев до момента обращения за данной стоматологической помощью; наличие выраженных изменений в периапикальных тканях; при неэффективном консервативном лечении (зубы, не выдерживающие герметизма); выраженная атрофия альвеолярной дуги (линия, характеризующая форму челюсти) челюсти на уровне причинного зуба; наличие связи одонтогенного очага воспаления с септическим состоянием больного, аутоаллергическим и «очаговообусловленными» заболеваниями; околокорневые кисты при вовлечении в процесс корней нескольких зубов; наличие в зубах с перфорацией или трещиной корня или дна полости зуба в области фуркации при частых обострениях процесса; разрушение коронковой части зуба, не позволяющее выполнить изоляцию зуба или его последующее восстановление и функциональное использование.

5. Возможные осложнения и риски медицинского вмешательства

После лечения возможно проявление болевых ощущений в первые дни после медицинского вмешательства, а при «накусывании» вплоть до двух недель.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях лечения:

- появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции), развитие хронического периодонтита,
- вследствие сильной кальцификации корневых каналов, а также при лечении искривленных корневых каналов возможен перелом эндодонтического инструмента в корневом канале, перфорация стенки корневого канала или стенки зуба, неполное пломбирование корневого канала,
- вывод пломбировочного материала за верхушку корня зуба, необнаруженный и незапломбированный дополнительный корневой канал.

Я информирован(а) и понимаю, что в случае возникновения осложнений мне необходимо обратиться к лечащему врачу для осмотра.

6. Результаты медицинского вмешательства

Ожидаемыми результатами для здоровья пациента являются: восстановление функции и морфологии зуба.

Врачом мне также было разъяснено:

- о нормальной реакции организма: наличие болевых ощущений после медицинского вмешательства (до двух недель) либо чувства неловкости при жевании.
- об особенностях ухода после медицинского вмешательства: после проведения лечения необходимо динамическое наблюдение за зубом в течение 2 лет и проведение рентгенологического исследования (не ранее 3 месяцев и не позднее 1 года после пломбирования); после оказания первой помощи детям в острой фазе периодонтита рекомендуется ограничение жевания, употребление жесткой пищи.
- о запретах и ограничениях после медицинского вмешательства: исключить в первые сутки красящие продукты.
- о возможных реакциях организма в случае невыполнения рекомендаций врача: увеличение болевых ощущений, появление отека в области пролеченного зуба, окрашивание реставраций, необходимость повторного медицинского вмешательства.

Я предупрежден(а) о необходимости полного и точного и выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Я информирован(а), что медицинское вмешательство не может гарантировать 100% достижения результата, в том числе из-за:

- индивидуальных особенностей организма,
- в случае неинформирования врача о наличии указанных в разделе 4 противопоказаний,
- невыполнения мной рекомендаций врача и не следования плану лечения.

Я ознакомлен(а) с настоящим информированным добровольным согласием, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, в полном объеме. Я подтверждаю, что располагал(а) достаточным временем, чтобы задать все интересующие меня вопросы, а также для того, чтобы принять решение о согласии на медицинское вмешательство.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, которому доверяю информацию, контактный телефон)

Подпись Пациента _____ (_____) « ____ » _____ 202__ г.

В случае недостижения на момент подписания настоящего согласия пациентом 15-летнего возраста или в отношении пациента, признанного в установленном законом порядке недееспособным, оно подписывается его законным представителем:

Статус законного представителя (мать, отец, опекун, попечитель) _____

_____ (_____) « ____ » _____ 202__ г.
(подпись) (ФИО)

Подпись Врача _____ (_____) « ____ » _____ 202__ г.
(подпись) (должность и ФИО)