

Информированное добровольное согласие пациента на проведение эндодонтического лечения

Настоящее информированное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» и является необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства (в том числе стоматологического)

Я, _____ г.р.,
являющийся (щаяся) законным представителем _____ г.р.
находясь на лечении в ООО «Концепт Смайл» проинформирован лечащим
врачом _____ о состоянии зубочелюстной системы, наличии
заболевания и о рекомендованном плане лечения. Врач указал на необходимость лечения корневых каналов
_____ зуба (ов). До начала лечения (медицинского вмешательства) врач предоставил мне в
доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними
риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых
результатах оказания медицинской помощи.

Целью эндодонтического лечения является устранение инфекции из системы корневых каналов зуба и предотвращении повторного инфицирования каналов и попадания микроорганизмов в периодонт-ткани, окружающие корень зуба. Методы диагностики, применяемые для верификации и уточнения данного заболевания: электроодонтометрия, рентгенологическое исследование, расспрос жалоб, осмотр, зондирование, перкуссия, температурные пробы. Методы лечения: биологический метод, ампутирующий метод, метод экстирпации. Лечение постоянных зубов с незавершенным развитием корня проводится на протяжении длительного времени (от 6 месяцев и дольше) в несколько посещений. Многократное временное пломбирование корневых каналов специальными пастами, возможно, позволит завершить формирование корней (апексогенез и апексификацию) и после этого выполнить полноценное постоянное пломбирование корневых каналов. Имеется определенный процент (5-20%) неудачного эндодонтического лечения, обусловленного сложным анатомическим строением каналов, что может потребовать перелечивания корневых каналов в будущем, периакальной хирургии и даже удаления зуба. Во время лечения корневых каналов не исключена поломка инструмента, после чего невозможно удаление отломков из корневого канала, либо перфорация стенки корня и последующая потеря зуба. Возможно развитие острых и хронических периодонтитов, вплоть до остеомиелита челюстей в любые сроки. При сложном анатомическом строении канала возможно выведение пломбировочного материала и антисептического раствора за верхушку корня, что ведет к возникновению нарушений чувствительности, болевым ощущениям, боли при накусывании на зуб, отек мягких тканей. Данные осложнения могут потребовать медикаментозного и хирургического лечения, вплоть до удаления зуба. У зубов с незавершенным формированием корня эндодонтическое лечение может привести к незавершенности процесса формирования корня и развитию острых и хронических воспалительных изменений вокруг корня зуба, что потребует дополнительного лечения и, возможно, удаления зуба.

При перелечивании ранее леченных корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, это 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, поломки инструментов). При извлечении штифтов, культевых вкладок возможны осложнения в виде трещины зуба или перелома, что влечет за собой удаление зуба. При невозможности извлечь культевую вкладку из зуба показано удаление зуба.

При лечении искривленных и разветвленных корневых каналов также существует более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Методами коррекции осложнений является резекция верхушки корня зуба, не гарантирующая на 100% его (зуба) сохранение. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии. Даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя гарантировать, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Я предупрежден(а) о необходимости обязательного ортопедического восстановления коронки зуба в течение двух месяцев после проведения эндодонтического лечения из-за значительной утраты твердых тканей коронковой части, что может привести к перелому ее стенок из-за их значительного истончения.

При проведении анестезии возможно возникновение аллергических реакций (анафилактический шок, крапивница, обморок, удушье, коллапс, отек), астматического приступа, подъема артериального давления, гематомы, затруднения открывания рта, болезненности в месте укола, травмы ветви тройничного нерва с нарушением чувствительности.

Возможные осложнения, вызванные приемом анальгетиков и антибиотиков, описаны в аннотациях к данным препаратам.

Болевые ощущения могут возникнуть в первые 2-4 дня после лечения. В этот период возможно развитие отека мягких тканей и воспаления, в т.ч. костной ткани (остеомиелита).

Лечение осложнений, в зависимости от выраженности и состояния тяжести, может потребовать приема антибиотиков, обезболивающих, десенсибилизирующих (противоаллергических) препаратов, выполнения разреза.

Возможными вариантами медицинского вмешательства являются: механическая подготовка (расширение, очистка), антисептическая обработка (дезинфекция), депульпирование (удаление нерва зуба), пломбирование корневых каналов, реставрация зубов пломбировочными материалами, различными видами ортопедических вкладок и коронок.

Мне разъяснено, что перспективы и результаты медицинского вмешательства при имеющемся заболевании зависят, при качественно оказанной помощи: от общего состояния организма, индивидуальных анатомо-физиологических особенностей, от соблюдения мной всех рекомендаций по сохранению результата лечения, от посещений мной врача для профилактических осмотров с выполнением контрольных рентгеновских снимков зуба, методов и результатов ранее проводимого лечения данного зуба. В случае невыполнения данных условий соглашения гарантийные сроки оказываемых услуг сокращаются и/или аннулируются.

Влияние медицинского вмешательства на качество жизни - повышение вероятности сохранения зуба и увеличение срока его службы. Альтернативным вариантом является удаление зуба.

Меня проинформировали, что отказ от лечения приведет к прогрессированию заболевания, развития инфекционных осложнений, появлению или нарастанию болевых ощущений, образованию кисты, потери зуба, а также к системным проявлениям заболевания.

Я уведомлен(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача может снизить качество лечения, повлечь за собой невозможность его завершения в срок или негативно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я получил(а) полную информацию об альтернативных методах лечения, ознакомился(лась) с наиболее рациональным планом лечения, принял(а) решение осуществить стоматологическое лечение на выше указанных условиях. Я доверяю врачу принимать необходимые решения и выполнять медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения моего состояния.

До подписания настоящего согласия я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты, являясь юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Дата: « ___ » _____ 202__ г.

Подпись пациента: _____

В моем присутствии расписался врач-стоматолог: _____