

**Информированное добровольное согласие пациента  
на проведение терапевтического / эндодонтического лечения**

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О., год рождения) заполняется собственноручно пациентом или его законным представителем  
(законный представитель) \_\_\_\_\_

(ФИО несовершеннолетнего)

в соответствии со ст. 20, 21, 22 и 23 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ уполномочиваю врача **ООО «Семейная стоматология»** осуществить мне (представляемому лицу) **терапевтическое / эндодонтическое лечение зубных рядов.**

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 ортопедического лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Я сообщил(а) врачу обо всех перенесенных мной (представляемым лицом) хронических и сопутствующих заболеваниях, травмах, операциях, а также о принимаемых лекарственных средствах. Вместе с тем, я сообщила правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ. Я понимаю, что результат лечения зависит, в том числе, и от исходного состояния здоровья, а так же анатомических особенностей организма.

Лечащим врачом мне разъяснены характер, ход, объем, время планируемых стоматологических услуг. Мною были выполнены рекомендации по подготовке к планируемым стоматологическим услугам.

Мне известно, что **терапевтическая стоматология – это раздел стоматологии, занимающийся лечением заболеваний зубов, околозубных тканей, десен, а также корневых каналов. Эндодонтическое лечение - лечение корневых каналов зубов. Я понимаю, что результатом терапевтического лечения является устранение воспалительного процесса в каналах зуба и восстановление целостности твердых тканей зуба при помощи пломбировочных материалов.**

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.

Я получил(а) подробные объяснения по плану лечения, по срокам лечения, предупрежден(а) о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после стоматологического лечения, а также при проведении анестезии и при приеме лекарственных средств.

Я обязуюсь информировать врача о проблемах, возникших в процессе лечения или по его окончании для того, чтобы свести риски к минимуму, а также немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом приём любых не прописанных препаратов (например, от головной боли, от гриппа и т.д.).

Я понимаю необходимость проведения стоматологического лечения в оговоренные сроки. Я осознаю ответственность за сохранение своего здоровья (здоровья представляемого лица), и обязуюсь соблюдать правила личной гигиены полости рта (обеспечить исполнение указанного представляемым лицом).

Я предупрежден(а) о поведении в период амбулаторного лечения, мной получены и поняты рекомендации врача о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры и исследования. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья (здоровья представляемого лица), и снижению эффективности лечения. Мне разъяснено, что лечебные процедуры могут быть прерваны или отменены врачом из-за их плохой переносимости или недостаточной исходной подготовленности организма к этим процедурам, а также при отсутствии положительного результата воздействия. По тем же причинам врачом могут быть заменены лекарственные препараты.

**Рентгенологическое исследование.**

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантограммы, денальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен (а) на их проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность на протяжении всего срока и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений. Рентгенография детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Мне сообщено, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях: движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т. д.) необходимо выполнение повторного рентгеновского снимка.

**Местная инъекционная анестезия.**

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Врач разъяснил мне, что **местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболивание в области выполняемой стоматологической манипуляции, и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества.**

**Противопоказания к местной анестезии.** При лечении зубов местная анестезия противопоказана пациентам с сахарным диабетом, тиреотоксикозом и другими заболеваниями эндокринной системы, почечной недостаточностью, сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области, изменившими топографию костных каналов, нервных стволов и мягких тканей.

Обезболивание также затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Пациентам с аллергией на лекарственные вещества, применяемые для анестезии зубов, а также на их компоненты, лечение проводится только по заключению врача-аллерголога.

**Возможные осложнения местной анестезии.** Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к следующим осложнениям: повышение температуры; аллергические реакции, обморок, коллапс, шок (при гиперчувствительности к препарату); токсические реакции, анафилактический шок, судороги, возникающие в результате непредвиденного восприятия организмом анестезирующего раствора; травматизация нервных окончаний и сосудов, проявляющихся потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами; боль и жжение в месте инъекции (встречается часто и считается нормой); образование гематом (припухлостей и синяков) в месте укола; кровотечение из раневого канала; воздушная эмфизема тканей; отлом иглы во время инъекции (крайне редко); инфицирование тканей; преходящий спазм (тризм) жевательных мышц; случайное прикусывание мягких тканей (губ, щек, языка) вследствие временной потери чувствительности.

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений.

#### **Терапевтическое и эндодонтическое лечение.**

Мне объяснено, что лечение **кариеса** заключается в удалении пораженных кариозным процессом тканей зуба, медикаментозной обработке подготовленной полости, с последующим восстановлением коронки зуба пломбировочным материалом.

Врач объяснил мне, что достоверно точно опередить объем и глубину пораженных кариесом тканей возможно только в процессе вмешательства, а, следовательно, может увеличиться предполагаемый объем восстановления зуба (пломбирования, реставрации), о чем врач меня предупредит заранее, в процессе лечения. Также меня уведомили, что при глубоком распространении кариозного процесса - **начальном пульпите**, в пульпе (нерве) зуба определяются начальные воспалительные явления, которые в большинстве случаев являются обратимыми. Поэтому наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза при этой стадии кариозного процесса, является сохранение жизнеспособности пульпы(нерва) путем наложения лечебной прокладки с последующим восстановлением коронки зуба пломбой. В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба, по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, существует риск:

- воспаления пульпы зуба (необратимого);
- 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 действующему на момент лечения прейскуранту, будет проведено лечение корневых каналов зуба.

Мне подробно разъяснили, что при лечении (перелечивании) каналов зуба есть вероятность возникновения таких осложнений как:

- обострение и прогрессирование настоящего заболевания;
- появление или усиление отека, боли, температуры, затрудненное открывание рта;
- развитие инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис) по независящим от медицинских работников и правильности лечения причинам, которые потребуют госпитализации в стационар.

**Я понимаю, что реакция каждого организма на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, вследствие чего возможно появление различных осложнений. Я ознакомлен(а) с тем, какие могут возникнуть осложнения:**

- ✓ необходимость повторной установки пломбы, перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии (резекции);
- ✓ повреждение ортопедической конструкции (например, перелом коронки), либо снятие всей ортопедической конструкции (при этом возможно ее необратимое повреждение) при лечении корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза;
- ✓ удаление зуба при попытке снять ортопедическую конструкцию или извлечь из канала инструмент, штифт или вкладку
- ✓ гематома после инъекции анестетика;
- ✓ постпломбировочные боли при надкусывании;
- ✓ появление отека мягких тканей или увеличение имевшегося отека после терапевтического вмешательства;
- ✓ необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зубов;
- ✓ необходимость удаления зуба в случае неэффективности терапевтических методов;
- ✓ возникновение периодонтальных явлений, и изменение рентгенологической картины после пломбировки каналов с плохой проходимостью, или при наличии коллатеральных каналов;
- ✓ возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани, полости и каналы при эндодонтическом лечении зубов;
- ✓ отлом коронковой части зуба при циркулярном кариесе;
- ✓ возможность изменения цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свёкла, вишня,...);
- ✓ возможность отлома эндодонтических инструментов в труднопроходимых каналах;
- ✓ при наличии желудочно-кишечных заболеваний возможно появление темной полосы между пломбой и тканями зуба.
- ✓ развитие осложненных форм кариеса (пульпит, периодонтит) после лечения глубокого кариеса

- ✓ поломка эндоинструмента во время лечения корневых каналов, что может повлечь за собой невозможность его удаления из корневого канала / перфорация инструментом стенки корня.

**Другие виды осложнений:**

Врач предупредил меня о том, что 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 в другой клинике 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.

Мне объяснили, что установка пломбы на депульпированный зуб не является конечным этапом его лечения. Я понимаю необходимость обязательного восстановления постоянной пломбой или вкладкой коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения в течение 2 недель и необходимость покрытия депульпированного зуба ортопедической конструкцией (вкладкой или коронкой) в строки 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 свой счет. Мне известно, что случае нарушения этих рекомендаций МЦИ «Ай-Дент» 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.

Я уведомлен(а), что через определенное время может возникнуть необходимость коррекции либо переделки корневых и коронковых пломб.

Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после окончания лечения не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. Я уведомлен, что, в этом случае, замена конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно.

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 осознаю, 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, 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. 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. Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания услуг.

Я обязуюсь соблюдать (обеспечить представляемым лицом соблюдение) рекомендации и назначения врача. Мне известно, что несоблюдение мною (представляемым лицом) предписаний врача, плана лечения или правил внутреннего распорядка медицинского учреждения, может неблагоприятно сказаться на здоровье, что может способствовать ухудшению общего состояния.

Мне разъяснено, что в процессе лечения пульпита и периодонтита, когда зуб находится под временной повязкой, противопоказано употреблять любые твердые продукты, так как зуб внутри пустой и не может выдерживать полноценные нагрузки при пережевывании пищи.

**Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(-а) вышеизложенную информацию, она мне понятна, все интересующие меня вопросы были заданы мной моему лечащему врачу, на них были получены ответы, и я даю добровольное информированное согласие на проведение мне (представляемому лицу) (нужное отметить):**

- терапевтического / эндодонтического лечения зубных рядов
- местной инъекционной анестезии
- рентгенологического обследования

