№ карты

Информированное добровольное согласие на лечение пульпита

Я, Проверочный Иван Иванович,

настоящим подтверждаю что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания. Мне разъяснено, что пульпит – это острое воспаление сосудисто-нервного пучка в зубе (пульпы) вследствие проникновения в нее бактерий из кариозной полости зуба, а также даны разъяснения о конкретной разновидности диагностированного у меня заболевания:

- ☐ K04.0 Пульпит
- ☐ K04.1 Некроз пульпы
- ☐ K04.2 Дегенерация пульпы
- ☐ K04.3 Неправильное формирование твердых тканей в пульпе

Я также предупрежден(а) о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение осложнения в виде нового заболевания – периодонтита, периапикального абсцесса или корневой кисты.

Я также информирован(а) врачом о том, что метод лечения пульпита заключается в удалении болезненно измененной пульпы, дезинфекции пульпарной камеры, а также механической и медикаментозной обработке кариозной полости, каналов корня зуба и заполнении их пломбировочным материалом с последующей реставрацией анатомической формы зуба. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения вообще.

Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и потому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:

- вследствие сильной кальцификации корневых каналов, а также при лечении искривленных корневых каналов возможно: перелом эндодонтического инструмента в корневом канале, перфорация стенки корневого канала или стенки зуба, неполное пломбирование корневого канала;
- также возможно: вывод пломбировочного материала за верхушку корня зуба, необнаруженный и, соответственно, незапломбированный дополнительный корневой канал, аллергические реакции и иные неожиданные последствия, и осложнения.

Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 3-4 дня, а при «надкусывании» вплоть до двух недель.

Я предупрежден(а), что имеется определенный процент (5-10%) неудачного эндодонтического лечения, что может грозить переклеиванием корневых каналов в будущем, периапикальной хирургией и даже удалением зуба или его части.

Я предупрежден(а) о том, что, ввиду специфики медицинской деятельности, невозможно предоставить мне гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении лечения.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после лечения пульпита являются болевые ощущения в области пролеченного зуба и что при появлении болевых ощущений после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику для дополнительного обследования и консультации с врачами специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Так же я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства врачом клиники.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья (в том числе после смерти):

_____

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

- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи.
- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.
- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

Образец

Беседу провел врач _____ /_____

(подпись)

Потребитель(Пациент) Проверочный Иван Иванович **согласился** с проведением медицинского вмешательства ___
(подпись)
(ф.и.о.)

Потребитель(Пациент) Проверочный Иван Иванович **отказался** от проведения медицинского вмешательства ____
(подпись)
(ф.и.о.)

Образец