•№ карты

Информированное добровольное согласие на ревизию (перелечивание) каналов зуба

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 мои ранее леченые зубы нуждаются в перелечивании по причине:

- ☐
- ☐ K04.5 Хронического апикального периодонтита
- ☐ K04.6 Периапикального абсцесса с полостью
- ☐ K04.7 Периапикального абсцесса без полости
- ☐ K04.8 Корневой кисты
- ☐ K04.9 Другие и неуточненные болезни пульпы и периапикальных тканей (ранее проведенная некачественная эндодонтическая терапия зуба, могущая вызвать впоследствии воспалительный процесс в переапикальных тканях зуба)

Я также предупрежден(а) о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение следующих осложнений забо- левания: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений (остеомиелит челюсти, гнойное воспаление лица и шеи, острый сепсис и др.), появление или нарастание боли, обострение системных заболеваний организма, летальный исход.

Мне разъяснено и понятно, что такое медицинское вмешательство, как перелечивание каналов зуба проводится в несколько этапов. Для наиболее полного устранения патогенной микрофлоры из канала необходимо его повторно препарировать на всем протяжении, тщательно обработав стенки канала зуба, «высверливая» при этом предыдущую пломбировку каналов зуба. Далее для устранения воспаления удаляется жидкость (гнойная или серозная), образовавшаяся в месте воспаления, что может занять несколько дней при необходимости полоскания гипертоническими растворами. Далее лечение будет складываться из следующих этапов: механическая подготовка (расширение, очистка), антисептическая обработка (дезинфекция) и пломбирование каналов – сначала временное (зачастую неоднократно), а потом и постоянное. При этом выведение пломбировочного материала за верхушку зуба может быть необходимым и являться методом лечения. В зависимости от степени разрушения зуба далее производится реставрация или протезирование. На данные виды медицинского вмешательства мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия.

Я предупрежден(а) врачом о том, что часто возникают препятствия для такой обработки, которые не позволяют выполнить все манипуляции в полном объеме, иногда такие препятствия создают риск перфорирования корня зуба. Подобными препятствиями могут быть: отломы инструментов, уступы, участки кальцинации, анкерные штифты, чрезмерно прочное предыдущее пломбирование каналов (например, резорцин-формалиновой пастой и др.)

Я также информирован(а) о том, что с учетом тяжести моего заболевания может быть проведено хирургическое вмешательство, которое заключается в удалении воспаленной верхушки корня зуба. Такая операция зачастую позволяет спасти весь зуб при периодонтите и избежать его удаления.

Мне разъяснено, понятно, и я принимаю то, что ни врач, проводящий перелечивание каналов зуба, ни клиника не предоставляют никаких гарантий на данную медицинскую услугу, так как эндодонтическая терапия по ревизии (перелечиванию) каналов зуба не имеет высокого процента клинического успеха (не более 30%) и является всего лишь попыткой спасения зуба.

Я понимаю и принимаю то, что при перелечивании каналов зуба положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения вообще.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:

некачественное прохождение (распломбирование) и расширение корневого канала;

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, рецидив воспалительного процесса в переапикальных тканях зуба.

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.

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

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после ревизии каналов зуба являются болевые ощущения в области пролеченного зуба и что при их появлении 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.

Образец

Также 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)

o Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи.

o Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.

o Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

Беседу провел врач _____ /_____

(подпись)

Пациент Проверочный Иван Иванович **согласился** с проведением медицинского вмешательства _____
(подпись)

(ф.и.о.)

Пациент Проверочный Иван Иванович **отказался** от проведения медицинского вмешательства _____
(подпись)

(ф.и.о.)

Конт.телефон

Образец