•№ карты

Информированное добровольное согласие на реставрацию ранее депульпированного 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 (депульпированные) зубы нуждаются в реставрации по причине:

- K02.0 Кариес эмали – на зубе произошло помутнение эмали, видимых разрушений нет, инструментальное обследование зондом не дало никаких признаков изменения структуры или на поверхности зуба появилась темная пигментация, при осмотре зуба зондом выявлено размягчение эмали.

- K02.1 Кариес дентина – поражены ткани эмали и дентина.
- K02.2 Кариес цемента – почти полное разрушение зуба.
- А также иные болезни твердых тканей зубов

Я также предупрежден(а) о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение следующих осложнений заболевания: полное разрушение наружной (коронковой) части зуба, перелом зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Врачом мне было разъяснено и понятно, что с учетом диагноза моего заболевания такое медицинское вмешательство, как реставрация ранее депульпированного зуба будет включать в себя следующие этапы: анестезия, наложение коффердама (изоляция зуба от полости рта латексной завесой), очищение от некротизированного дентина и эмали с помощью сверления, формирование стенок и дна для оптимального наложения пломбы, при необходимости извлечение установленных ранее штифтов, частичное распломбирование канала зуба и подготовка его к постановке титанового или стекловолоконного штифта, постановка такового штифта (титанового на специальный цемент, стекловолоконного на специальный светоотверждаемый фиксирующий раствор), обработка антисептиками, наложение пломбы, пришлифовка пломбы к остальным зубам (по прикусу), чтобы она не мешала при жевании, воссоздание вида здорового зуба, соблюдая все анатомические тонкости.

Я понимаю, что в процессе реставрации ранее леченого (депульпированного) зуба могут быть обнаружены дефекты произведенного ранее пломбирования каналов зуба или дефекты обработки полости зуба. В этом случае может возникнуть необходимость перелечивания каналов зуба, гемисекции (разделения корней с частичным их удалением) зуба, хирургического увеличения экстраальвеолярной (наддесневой) части зуба, удаления зуба. На данные виды медицинского вмешательства мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов), восстановительное ортопедическое лечение (вкладки, накладки, виниры, люминиры) или отсутствие лечения вообще.

Мне разъяснено, понятно, и я принимаю то, что в случае, если ранее зуб был лечен (депульпирован) в другой клинике, то ни врач, проводящий реставрацию зуба, ни клиника не могут нести никакой ответственности за это произведенное ранее лечение, так как ни визуально, ни рентгенологически, ни иным способом невозможно обнаружить ВСЕ возможные дефекты такового лечения.

Также врач отдельно подчеркнул, и я принимаю то, что в связи с недостаточностью собственных тканей зуба, их истончением, возможными дефектами произведенного ранее лечения, необходимостью извлечения ранее установленных штифтов и пр. данное лечение является лишь попыткой спасения зуба и:

положительный результат реставрации ранее леченого (депульпированного) зуба не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

даже при успешном завершении лечения существует категорическая необходимость покрытия этого зуба ортопедической коронкой.

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

Образец

корневого канала;

также возможно: рецидив воспалительного процесса в переапикальных тканях зуба, перелом корня зуба, отлом или дальнейшее разрушение наружной (коронковой) части зуба, аллергические реакции и иные неожиданные последствия, и осложнения.

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 реставрации ранее леченого 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.

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)

- ☐ 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.

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