

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Эндодонтическое лечение зубов с несформированной верхушкой корня с диагнозом
«периодонтит»
в стоматологической клинике «А-Пломб»**

Приложение к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от « _____ » _____ 202__ г.

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства

Я _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе «периодонтит» и необходимости проведения эндодонтического лечения (лечения корневых каналов) зубов № _____ в соответствии с Предварительным планом лечения.

Эндодонтическое лечение имеет своей целью устранение воспалительного процесса в окружающих зуб тканях посредством раскрытия доступа к каналам зуба, их механическую и медикаментозную обработку для удаления распада и инфекции, а также временное и постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата. Положительный результат эндодонтического лечения заключается в исчезновении воспаления на верхушке корня и проявляется в период от 3-х до 12-ти месяцев.

Последствием отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; абсцесс, флегмона, свищ, перелом зуба, поражение соседних зубов, имплантатов, костной ткани челюсти, потеря зуба, воспаление лимфатических узлов, а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются: удаление поражённого зуба (зубов); отсутствие лечения как такового. Необходимость удаления зуба может также возникнуть в процессе лечения при неэффективности консервативного подхода, невозможности распломбировать канал, перфорации зуба, выявления трещины и т.п.

Хотя эндодонтическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что оно является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения и его стоимость.

Врач понятно объяснил мне, в чем будет заключаться предложенное лечение и все возможные осложнения предложенного лечения и последствия, которые могут возникнуть как во время лечения корневых каналов, так и после его окончания, а именно:

1. Зубы с несформированной верхушкой корня с диагнозом «периодонтит» не могут завершить формирование верхушки корня по причине отсутствия в канале живой пульпы, и такой зуб навсегда останется с несформированной верхушкой даже при успешно проведенном эндодонтическом лечении и устранении инфекции.

2. Имеется определенный процент (около 10-20 %) осложнений эндодонтического лечения, что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, хирургического вмешательства в области корней зуба, проведение хирургических зубосохраняющих операций (гемисекция, резекция корня) и даже удаления зуба.

3. Зубы с несформированной верхушкой корня более сложны для эндодонтического лечения и дают больший процент осложнений, чем зубы, у которых верхушка полностью сформирована. При лечении таких зубов практически в 100% случаев пломбировочный материал попадает за пределы верхушки корневого канала, в ткани периодонта, в гайморову пазуху, что обусловлено анатомией верхушки таких зубов.

Нередко после процедуры пломбирования корневого канала зуба с несформированной верхушкой по медицинским показаниям требуется также ретроградное пломбирование верхушки этого зуба с хирургическим доступом к корню через альвеолярный отросток челюсти. Данное вмешательство проводится после классической пломбировки каналов по медицинским показаниям согласно решению врача, за дополнительную плату согласно прайса клиники на момент оказания услуги. Для ретроградной пломбировки зуба требуется отдельное информированное добровольное согласие.

4. Ощущение боли и дискомфорта после лечения, боли при накусывании, отека, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты либо повторить вмешательство или удалить зуба при наличии показаний по причине развития осложнений;

5. Во время лечения корневых каналов, особенно искривленных и ранее пломбированных, возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной

неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба или вызвать необходимость применения других манипуляций, в том числе пломбировку канала без извлечения сломанного инструмента;

б. даже при успешном завершении эндодонтического лечения нет гарантии, что зуб не подвергнется кариозному разрушению, рецидиву инфекции или перелому и удалению в будущем.

7.

При лечении корневых каналов зубов с несформированной верхушкой процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, поэтому я уведомлен и осознанно соглашаюсь на риск возникновения описанных выше состояний и осложнений, при которых повышается вероятность возникновения перфорации и поломки инструментов и перелома корня, осознавая риск удаления зуба даже после качественно проведенного эндодонтического лечения.

Я уведомлен, что временная пломба может выпасть из полости зуба, и в этом случае нужно явиться в клинику незамедлительно.

Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба ортопедической конструкцией после проведения эндодонтического лечения с положительной динамикой заживления, в противном случае есть риск потерять зуб, либо потребуются повторное лечение корневых каналов.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки, накладки) согласно решению врача, за дополнительную плату согласно прайса клиники на момент оказания услуги.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей 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 врач не сможет провести качественное лечение, исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Рекомендации после лечения корневых каналов:

- ни в коем случае самостоятельно не убирать и не повреждать временную пломбу (если была наложена).
- Избегайте участия в контактных видах спорта и экстремальных играх до полного завершения лечения зуба.
- Мягкая диета в течение срока до покрытия зуба ортопедической конструкцией.
- Чистка зубной щеткой с мягкой щетиной после каждого приема пищи

Необходимо полноценное и своевременное восстановление дефектов зубов и зубных рядов. Обязательное динамическое наблюдение у стоматолога согласно назначенному графику визитов. Клинический контроль должен осуществляться через 2 недели, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год. При возникновении боли и осложнений – необходимо немедленное обращение к лечащему врачу.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение использовать труд любого медицинского работника, участие которого будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен(а) в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я понимаю, что ожидаемый положительный результат лечения не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответствующих стандартов и протоколов лечения.

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись) (Ф.И.О. пациента)

" ____ " _____ 20__ г.

(дата оформления)