

Информированное добровольное согласие на проведение эндодонтического лечения

Я, ____ Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя ____ дата рождения гражданина или законного представителя ____, зарегистрированный по адресу: ____ адрес регистрации гражданина либо законного представителя ____, проживающий по адресу: ____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации) ____ в отношении ____ Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем) ____ дата рождения пациента (при подписании законным представителем) ____, проживающего по адресу: ____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя) ____ даю согласие на оказание медицинской помощи в ____ полное наименование медицинской организации ____

Мне врачом – стоматологом-терапевтом ____ Фамилия Имя Отчество ____ после осмотра и установления диагноза ____ диагноз ____ сообщена, разъяснена и понятна информация о сути лечения.

Я согласен(на) на предложенный индивидуальный план лечения.

Я понимаю, что существует возможность коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Возможные альтернативные варианты лечению: удаление пораженного зуба (зубов), непроведение лечения.

Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного лечения: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление, нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, нарушение общего состояния организма.

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.

Мне понятно, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Возможные осложнения лечения связаны с индивидуальными особенностями строения корневых каналов зубов у конкретного пациента и состоянием его здоровья: перелечивание корневых каналов зубов через некоторое время, или проведение хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба; поломка инструмента (файла) внутри корневого канала и невозможность его извлечения.

При перелечивании ранее запломбированных каналов зуба(ов) успех лечения значительно снижается, что связано с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлический штифт, сильной кальцификацией корневых каналов, что в некоторых случаях повышает вероятность возникновения

различных осложнений (перфорация, поломка инструмента), искривлением корневых каналов.

Возможные осложнения при перелечивании зуба, покрытого коронкой или являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного): необходимость снятия несъёмного протеза, перелом зуба, что может привести к его удалению.

После лечения и перелечивания корневых каналов необходимо восстановление верхней части зуба, т. е. постановка пломбы или коронки (по ситуации).

Мне сообщена, разъяснена врачом и понята информация о гарантиях.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

Мне понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных мероприятий, рекомендованных врачом.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: ортопантограмма, прицельный пленочный снимок; консультация стоматолога иного профиля, а также консультация у врача(ей) общего медицинского профиля.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, об имеющихся заболеваниях, в том числе хронических, о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

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

Пациент (его законный представитель)

Подпись

Фамилия Имя Отчество

Врач – стоматолог-терапевт

Подпись

Фамилия Имя Отчество

«___» _____ Г.