

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

На проведение восстановления зуба(ов) после эндодонтического лечения при отказе от ортопедического лечения (протезирования)

Я, _____, года рождения, даю информированное добровольное согласие на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр ротовой полости и зубов, лабораторные и рентгенологические методы обследования, для стоматологического терапевтического лечения – восстановления зуба(ов) после эндодонтического лечения при отказе от ортопедического лечения (протезирования).

Медицинский работник _____ в доступной для меня форме дал разъяснения о целях и методах восстановления зуба(ов) после эндодонтического лечения, объяснил в понятной форме план лечения, включая ожидаемые результаты, риски, альтернативные методы, которые возможны при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также - необходимые исследования и врачебные манипуляции, связанные с этим.

До начала процедуры я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо дать свое согласие на её проведение, либо отказаться от неё. Настоящим, я даю информированное добровольное согласие на выполнение мне

_____ (полное наименование стоматологической услуги)

Мне в доступной для меня форме сообщена информация о проведении восстановления зуба(ов) после эндодонтического лечения _____ зуба(ов)
и/или _____

Я понимаю, что после окончания лечения корневых каналов необходимо восстановление зуба(ов). Во многих случаях в процессе эндодонтического лечения, а зачастую и до его проведения в результате недостаточного ухода или несвоевременного лечения, зуб лишается объемов зубных тканей, иногда достаточно значительных. Это может происходить за счет большой старой пломбы, из-за обширного кариеса, поломки части коронки и другим причинам. Зубы в таком состоянии становятся непрочными, не предохраняют каналы от развития воспаления и необходимо решить вопрос адекватного восстановления зубов. Восстановление зубов после эндодонтического лечения осуществляется несколькими способами: пломбирование композитными материалами, пломбирование композитными материалами с помощью штифтов, использование коронок (протезирование). Меня ознакомили с наиболее рациональными планами восстановления зуба(ов), включая протезирование, с возможными альтернативными вариантами лечения и рисками и осложнениями в случае отсутствия лечения. Я принимаю решение не проводить протезирование и прошу врача восстановить зуб(ы) без изготовления коронки(ок). При проведении восстановления зубов, леченных ранее вне клиники, при отказе от перелечивания корневых каналов, клиника не несет ответственности за состояние корневых каналов и развитие осложнений в дальнейшем. В случае появления или обострения воспаления около корня(ей), перелома корня(ей) или коронки(ок), необходимости использования ортопедической конструкции, лечение или удаление зуба(ов), переделка ортопедической конструкции в будущем осуществляется согласно прейскуранту (являются новой платной услугой). После процедуры восстановления зуба(ов) необходима явка на осмотр в течение 2 недель с момента окончания лечения.

Я получил(а) полную информацию о гарантийных сроках, действующих на разные виды стоматологических услуг, включая протезирование. Я понимаю, что выбрав восстановление зуба без проведения подготовки для протезирования и отказавшись от установки коронки(коронок), я лишаюсь гарантии, включая гарантии на проведённое эндодонтическое лечение. Я понимаю, что результат, возможно, не будет соответствовать моим ожиданиям и зависит от клинической картины. Я понимаю, что могу вернуться к полноценному ортопедическому лечению и отказаться от проведения восстановления (реставрации).

Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его

осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершённом лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к стоматологической клинике. Я понимаю, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с действительным результатом. Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны различные ситуации, предвидеть которые в момент получения информированного согласия невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью (перенос приема из-за отключения электроэнергии, замена одного доктора другим в случае болезни первого и т.д.). Я также даю право врачам привлекать для моего лечения любых специалистов, в том числе не являющихся работниками медицинской организации.

Возможные негативные последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения:

- прогрессирование заболевания;
- развитие инфекционных осложнений;
- появление, либо нарастание болевых ощущений;
- перелом зуба(ов);
- разрушение коронковой части зуба(ов)
- потеря зуба (ов);
- инфекционное поражение корневых каналов, воспаление корневых каналов и его возможные осложнения, воспаление периодонта с образованием гранулём или кист, в ряде случаев требующее неоднократной лекарственной терапии и, при необходимости, оперативного удаления верхушки корня зуба и стенок кисты;
- системные проявления, включая нарушения в височнонижнечелюстном суставе и позвоночнике

На стоматологическом приёме и после него возможны следующие осложнения:

- под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции;
- после одонтопрепарирования витального зуба может возникнуть повышенная чувствительность ко всем температурным и химическим раздражителям и развиться пульпит - потребуются лечение каналов зуба (удаление нерва);
- рецессия участка десны, формирование зубодесневого кармана;
- разрушение зуба, перелом зуба;
- атрофия альвеолярного гребня;
- отёки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен;
- появление натёртостей при съёмном протезировании;
- рвотный рефлекс;
- ухудшение эстетического эффекта из-за отказа установить коронку(ки) или удалять зубы;
- аллергическая реакция на материалы и препараты;
- изменение дикции, вкусовых ощущений, а также характера слюноотделения;
- переломы и сколы зуба(ов);
- изменение стоимости и(или) сроков лечения;

Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен(а) с тем, какие могут возникнуть осложнения:

осложнения в случае отсутствия лечения или невыполнения этапов и сроков рекомендованного плана лечения:

- 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,
- общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, неврологическая патология,

Необходимые условия для осуществления гарантии и достижения положительного результата лечения:

- точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача,
- последовательное выполнение пациентом **всех этапов и сроков** стоматологического лечения, рекомендованных врачом.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма;
- консультация стоматолога(ов) и(или) специалистов иного профиля:

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Памятка после лечения зубов мною прочитана и получена. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Пациент _____

Врач _____

Дата _____