

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОВ (периодонтит).

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 периодонтита.

Медицинский работник _____ в доступной для меня форме дал разъяснения о целях и методах лечения периодонтита, 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)

Я проинформирован(а), что на основании клинических и рентгенологических данных мне установлен диагноз: «Хронический периодонтит» в области _____ зуба(ов).

Периодонтит-это инфекционно-воспалительный процесс в костной ткани вокруг зуба, который является очагом и источником хронической инфекции для всего организма.

Периодонтит-заболевание, которое требует обязательного лечения. Нелечение периодонтита может привести к увеличению очага инфекции в костной ткани, обострению и распространению инфекционно-воспалительного процесса на близлежащие органы и ткани челюстно-лицевой области, а также на внутренние органы всего организма.

Есть два варианта лечения периодонтита:

1. Хирургический - удаление зуба, резекция верхушки корня, ампутация корня, гемисекция зуба.
2. Консервативный - попытка повторного эндодонтического лечения зуба (лечение в каналах зуба) без гарантийных обязательств.

Повторное эндодонтическое лечение заключается в следующем:

- снять пломбу, удалить все инфицированные ткани, распломбировать и пройти на всем протяжении каналы, механически и медикаментозно обработать каналы.
- провести противовоспалительную терапию и герметично запломбировать каналы с последующим ортопедическим восстановлением коронковой части зуба (покрытием зуба коронкой).

Меня предупредили о том, что если в процессе лечения возникнут осложнения (отек, боль, повышение температуры, общей слабости), то мне необходимо сразу же обратиться в медицинскую организацию. В случае клинической необходимости, Вам будет назначено медикаментозное лечение, а при неэффективности консервативного лечения проведено хирургическое лечение (удаление зуба или резекция корня зуба).

Ожидаемый результат: Удаление инфекционного агента, восстановление костной ткани в области верхушек зубов и восстановление жевательной эффективности. Длительность лечения определяется динамикой лечебного процесса и требует строго соблюдения графика и сроков посещения, согласованные с лечащим доктором (то есть явка строго в назначенный срок). В обратном случае невозможно гарантировать герметичность и стерильность проводимого лечения. Обычно успех лечения составляет 80 %.

Мне разъяснено, понятно, и я принимаю то, что ни врач, проводящий перелечивание каналов зуба, ни медицинская организация не предоставляют никаких гарантий на данную медицинскую услугу, т.к. предыдущее эндодонтическое лечение привело к возникновению очага инфекции в периодонте, процесс восстановления которого, обуславливается только особенностями и возможностями Вашего организма.

Таким образом, повторное эндодонтическое лечение проводится без гарантийных обязательств. Если зуб включается в ортопедическую конструкцию и в дальнейшем (после окончания всего лечения) требуется его удаление, клиника не возмещает стоимость лечения этого зуба и стоимость ортопедической конструкции. Пациент сам оплачивает удаление зуба и, новую терапевтическую и ортопедическую работу.

Я подтверждаю, что в данной клинической ситуации мне все разъяснено, понятно и полученной информации достаточно.

Я обязуюсь соблюдать сроки и график лечения, назначенные лечащим врачом.

Я предупрежден(а) о том, что если в процессе или после лечения возникнут болевые ощущения, то мне необходимо сразу же обратиться в медицинскую организацию.

От удаления _____зуба(ов) отказываюсь.

Я подтверждаю, что полученной от врача информации мне достаточно.

Даю свое согласие на фото и видеосъемку в процессе лечения.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы, информация была доведена до меня в понятной и доступной форме.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю своё согласие на стоматологическое терапевтическое лечение периодонтита в предложенном объеме.

Пациент _____

Врач _____

Дата