

Информированное добровольное согласие на стоматологическое терапевтическое лечение

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 получения стоматологической терапевтической помощи.

Медицинский работник _____ в доступной форме разъяснил цели и методы оказания стоматологического терапевтического лечения, связанные с ним риски, возможные варианты лечения, вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты лечения. Медицинским работником предоставлена вся интересующая меня информация о предстоящем лечении, которая включает в себя: удаление инфицированных тканей из полости и каналов и замещение их пломбировочным материалом с восстановлением коронки зуба.

Настоящим, я даю информированное добровольное согласие на выполнение мне

(полное наименование стоматологического терапевтического лечения)

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) 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 повышается вероятность наступления осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по независящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а), что целью терапевтического стоматологического лечения является сохранение зубов.

Я информирован(а), что методами терапевтического лечения (кариес, пульпит, лечение корневых каналов-эндодонтия) является удаление инфицированных тканей, механическая, медикаментозная и ультразвуковая обработка полости и каналов и замещение поражённых кариозным процессом тканей зуба пломбировочным материалом с восстановлением коронки зуба.

Я информирован(а), что альтернативой терапевтическому лечению зуба, являются удаление зуба или отказ от лечения.

Я информирован(а), что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления, что может привести к следующим неблагоприятным последствиям:

- прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы (нерва) зуба и окружающей корня кости;
- развитие инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис);
- перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения;
- прогрессирование зубоальвеолярных деформаций;
- дальнейшее снижение эффективности жевания;
- ухудшение эстетики; нарушение функции речи;
- прогрессирование заболеваний пародонта;
- быстрая утрата оставшихся зубов;
- заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава;
- общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта;
- нейропатология; появление либо нарастание болевых ощущений;
- образование кисты;
- потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

Я информирован(а), что результатом терапевтического лечения зубов является прекращение болевых ощущений, восстановление целостности и функциональных возможностей зубов, их сохранение.

Я информирован(а), что в процессе терапевтического лечения могут наступить неблагоприятные последствия и есть вероятность развития следующих осложнений: кратковременное онемение языка, губ, подбородка, зубов, обострение настоящего заболевания, воспаление пульпы зуба, отечность десны или лица в области леченного зуба, которые могут сохраняться в течении нескольких дней и дольше, ощущение дискомфорта после лечения, сильные боли продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней, при этом может потребоваться приём антибиотиков, обезболивающих, десенсибилизирующих препаратов, тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше, появление повышенной температуры, развитие воспалительного процесса в тканях вокруг корня зуба, как в процессе, так и после постановки постоянной пломбы, развитие инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис) по независящим от медицинских работников и правильности лечения причин, которые потребуют госпитализации для стационарного лечения.

Я информирован(а), что при лечении корневых каналов со сложной анатомией и (или) перелечивании ранее запломбированных корневых каналов вероятны следующие осложнения: трещина корня, перелом зуба, особенно при снятии ортопедической или ортодонтической конструкции, или извлечении из канала ранее установленной вкладки или штифта, невозможность пройти канал на всю длину, невозможность удалить старую корневую пломбу, перфорация корней и стенок зуба, переломы инструментов (боров), особенно связанные с лечением (перелечиванием) искривлённых и разветвлённых корневых каналов, которые могут быть оставлены в канале или извлечены из канала на усмотрение врача.

Я информирован(а), что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания возрастных изменений, возникает необходимость коррекции, либо переделки, корневых и коронковых пломб.

Я информирован(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после окончания лечения не является гарантийным случаем, поскольку является следствием индивидуальной реакцией организма.

Я информирован(а) о том, что невозможно точно гарантировать положительный результат проведённого лечения и в дальнейшем может потребоваться хирургическое или какое-либо другое лечение.

Я информирован(а), что во время терапевтического лечения возможна ситуация, при которой, потребуются дополнительное хирургическое вмешательство или какое-либо другое лечение.

Я информирован(а), что во время лечения моё общее состояние может измениться в худшую сторону, что потребует от врача дополнительных врачебных действий, направленных на стабилизацию моего состояния и даю своё согласие на это.

Я информирован(а), что часто возникают препятствия для терапевтического лечения, которые не позволяют выполнить все манипуляции в полном объеме. Подобными препятствиями могут быть: находящиеся внутри зуба части инструментов, уступы, участки кальцинации, анкерные штифты, чрезмерно прочное предыдущее пломбирование каналов (например, резорцин-формалиновой пастой) и так далее.

Я информирован(а), что перед началом лечения зубов показана профессиональная гигиена полости рта, целью которой является удаление микроорганизмов, находящихся на деснах, в зубном налете, зубном камне, в остатках пищи под зубными протезами (мостами) и нависающими краями пломб.

Я доверяю лечащему врачу и даю своё согласие принимать любые решения и медицинские действия, основанные на его профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить все рекомендации, которые врач сочтёт необходимыми для проведения настоящего лечения.

Я информирован(а), что при стоматологическом лечении имеется вероятность возникновения непредвиденных обстоятельств, в связи с тем, что специфика медицинской услуги предполагает вмешательство в биологические процессы, не контролируемые волей человека и не изученные окончательно современной медицинской наукой. И в таких случаях я не буду предъявлять претензий к лечащему меня врачу и к медицинской организации.

Я информирован(а) о необходимости контрольного осмотра в назначенное время для выявления и предупреждения возможных осложнений.

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 в предложенном объёме.

Пациент _____ Врач _____

Дата