

Информированное добровольное согласие на ревизию (перелечивание) каналов зуба

г. Москва

ДатаЗаключенияДоговора

Я, ФамилияИмяОтчествоПациента,

(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня заболевания _____

Мне разъяснено, что мои ранее леченые зубы нуждаются в перелечивании по причине:

- | | |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> К04.5 Хронического апикального периодонтита</p> <p><input type="checkbox"/> К04.6 Периапикального абсцесса с полостью</p> <p><input type="checkbox"/> К04.7 Периапикального абсцесса без полости</p> <p><input type="checkbox"/> К04.8 Корневой кисты</p> | <p><input type="checkbox"/> К04.9 Другие и неуточненные болезни пульпы и периапикальных тканей (ранее проведенная некачественная эндодонтическая терапия зуба, могущая вызвать впоследствии воспалительный процесс в периапикальных тканях зуба)</p> |
|---|---|

Я также предупрежден(а) о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение следующих осложнений заболевания: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений (остеомиелит челюсти, гнойное воспаление лица и шеи, острый сепсис и др.), появление или нарастание боли, обострение системных заболеваний организма, летальный исход.

Мне разъяснено и понятно, что такое медицинское вмешательство, как перелечивание каналов зуба проводится в несколько этапов. Для наиболее полного устранения патогенной микрофлоры из канала необходимо его повторно препарировать на всем протяжении, тщательно обработав стенки канала зуба, «высверливая» при этом предыдущую пломбировку каналов зуба. Далее для устранения воспаления удаляется жидкость (гнойная или серозная), образовавшаяся в месте воспаления, что может занять несколько дней при необходимости полоскания гипертоническими растворами. Далее лечение будет складываться из следующих этапов: механическая подготовка (расширение, очистка), антисептическая обработка (дезинфекция) и пломбирование каналов – сначала временное (зачастую неоднократно), а потом и постоянное. При этом выведение пломбировочного материала за верхушку зуба может быть необходимым и являться методом лечения. В зависимости от степени разрушения зуба далее производится реставрация или протезирование (не позднее 3 недель с даты окончания лечения необходимо заменить временную пломбу на ортопедическую конструкцию). **На данные виды медицинского вмешательства мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия.**

Я предупрежден(а) врачом о том, что часто возникают препятствия для такой обработки, которые не позволяют выполнить все манипуляции в полном объеме, иногда такие препятствия создают риск перфорирования корня зуба. Подобными препятствиями могут быть: отломы инструментов, уступы, участки кальцинации, анкерные штифты, чрезмерно прочное предыдущее пломбирование каналов (например, резорцин-формалиновой пастой и др.)

Я также информирован(а) о том, что с учетом тяжести моего заболевания может быть проведено хирургическое вмешательство, которое заключается в удалении воспаленной верхушки корня зуба. Такая операция зачастую позволяет спасти весь зуб при периодонтите и избежать его удаления.

Мне разъяснено, понятно, и я принимаю то, что ни врач, проводящий перелечивание каналов зуба, ни клиника не предоставляют никаких гарантий на положительный результат данной медицинской услуги, так как эндодонтическая терапия по ревизии (перелечиванию) каналов зуба не имеет высокого процента клинического успеха (не более 30%) и является всего лишь попыткой спасения зуба.

Я понимаю и принимаю, что при перелечивании каналов зуба положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения вообще.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:

- некачественное прохождение (распломбирование) и расширение корневого канала;
- перелом эндодонтического инструмента в корневом канале;
- перфорация стенки корневого канала или стенки зуба;
- неполное пломбирование корневого канала;
- также возможно: вывод пломбировочного материала за верхушку корня зуба, необнаруженный и, соответственно, незапломбированный дополнительный корневой канал, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения, рецидив воспалительного процесса в периапикальных тканях зуба.

Я предупрежден(а) о том, что ввиду специфики медицинской деятельности, невозможно предоставить мне гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении лечения.

Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 3-4 дня, а при «накусывании» вплоть до двух-трех недель.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после ревизии каналов зуба являются болевые ощущения в области пролеченного зуба и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику ООО «ПРОФИСТОМ» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом ООО «ПРОФИСТОМ».

Беседу провел врач _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства
_____ (подпись)