

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

(Диагностика, профессиональная гигиена. Анестезия. Стоматологическое лечение)

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. 19-23 ФЗ N2323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» сообщена вся информация о моем предстоящем лечении и, что я согласен(а) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я,

(ФИО)

добровольно обращаюсь для проведения консультации, диагностики, стоматологического обследования и лечения имеющихся у меня стоматологических заболеваний.

Я понимаю цели и задачи стоматологической консультации, обследования и лечения. Меня в доступной форме уведомили о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов и проводить другие мероприятия, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения, постановки диагноза, обезболивания, проведения лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

Я разрешаю использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время проведения анестезии (кровотечения, гематомы, повреждения нервов и сосудов, боль после анестезии, отеки, порезы лица, аллергические реакции) и при приеме назначенных врачом лекарственных средств (в соответствии с инструкциями к назначаемым препаратам) обо всех рисках и осложнениях при проведении медицинских вмешательств. Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время, о наличии имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Мне были объяснены все возможные риски, осложнения и исходы лечения, а также альтернативы (в том числе более дешевые) предложенному лечению. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня

вопросы и получил(а) на них понятные, исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к диагностике и лечению моих стоматологических заболеваний. Я даю разрешение проводить все необходимые лечебные мероприятия и использовать любого медицинского работника, участие которого в моем лечении необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствие нарушений условий Договора на оказание стоматологических услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях и в полном объеме.

Понимая сущность изложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мною результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил.

Я понимаю, что сотрудники не несут ответственности за последствия аллергических реакций, медицинских осложнений и побочных действий лекарственных средств или иных препаратов, за качество ранее проведенного в других медицинских организациях лечения и возникновения последствий осложнения лечения, связанных с возникновением, наличием и обострением уже имеющихся у Пациента острых и хронических заболеваний.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Пациент

/

Подпись

Расшифровки подписи

Врач

/

Подпись

Расшифровки подписи

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ НА ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
(лечение корневых каналов)**

Я _____

(ФИО)

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил(а) детальные объяснения в устной форме о необходимости эндодонтического лечения. Последствиями отказа от данного лечения могут быть:

- прогрессирование заболевания;
- развитие инфекционных осложнений;
- появление либо нарастание болевых ощущений;
- образование кисты;
- потеря зуба.

Альтернативными методами лечения являются:

- удаление пораженного зуба (зубов),
- отсутствие лечения как такового.

Мне объяснили все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов. Имеется определенный процент (5-9%) неудач эндодонтического лечения. Что может потребовать, перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаление зуба.

Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность удаления из корневого канала, или инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит крайне редко, тем не менее такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба.

При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:

- с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого каната;

- с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов). При лечении искривленных корневых каналов так же имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии;

- если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции (коффердам) может произойти повреждение ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение). Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению.

Даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать стопроцентной гарантии, что этот зуб не подвергается кариозному разрушению и перелому в будущем.

Мне объяснили необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения, в противном случае последнее может потерпеть неудачу. Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры.

Я осведомлен о возможных осложнениях во время лечения. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я понимаю, что при лечении корневых каналов результат не может быть гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов и соблюдение методик. Я получил(а) исчерпывающую информацию по предстоящему лечению и согласен(на) с ним.

« ____ » ____ 20 __ г.

Пациент

Подпись

Расшифровки подписи

Врач

Подпись

Расшифровки подписи