

\*При обращении пациента, не достигшего возраста 15 (пятнадцати) лет, медицинское вмешательство осуществляется только с согласия одного из его родителей (иного законного представителя).

## **Информированное добровольное согласие на лечение кариеса, проведение эндодонтического лечения (лечение корневых каналов зуба).**

### **1. Я проинформирован (-на) врачом-стоматологом-терапевтом**

(Ф.И.О. медицинского работника)

о медицинских показаниях к проведению мне /лицу, в интересах которого дается ИДС (нужное подчеркнуть)

(ФИО и год рождения лица, в интересах которого дается ИДС)

лечения кариеса зуба (зубов)/ эндодонтического лечения и получил(-ла) необходимые разъяснения по поводу диагноза.

### **2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути предстоящего лечения:**

2.1. Целью лечения кариеса и его осложнений (пульпита, периодонтита) является сохранение пораженного зуба и надежное предотвращение его вредного воздействия на организм в целом.

2.2. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

2.3. В зависимости от ситуации, сложившейся в ходе лечения, допустима коррекция намеченного плана и технологий лечения:

- кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а, следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования);
- кариозное поражение, которое кажется «небольшой дырочкой», может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а, следовательно, может потребоваться реставрация значительной части зуба или восстановление методом протезирования (коронка).

2.4. К альтернативным методам относят удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения как такового.

2.5. Возможные сопутствующие проявления:

- под влиянием анестезии - отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции;
- последствия приема анальгетиков и антибиотиков - аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
- в процессе лечения и после него возможны:
  - временный дискомфорт после лечения, продолжающийся от нескольких часов до нескольких дней;
  - растрескивание уголков рта;
  - при лечении глубокого кариеса не исключена в дальнейшем вероятность эндодонтического лечения;
  - определенный процент (5–10) неэффективного эндодонтического лечения в следствие биологических особенностей организма, а также индивидуальных особенностей строения корневых каналов зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья;
  - поломка инструмента (файла) внутри корневого канала и невозможность его извлечения;
  - перелечивание корневых каналов зуба или проведение хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб; удаление зуба спустя некоторое время после проведенного эндодонтического лечения.

2.6. Клинические ситуации, влияющие на конечный результат лечения:

- при перелечивании ранее замплombированных к/каналов зуба успех лечения значительно снижается при:
  - плохой проходимости корневых каналов;
  - искривлении корневых каналов;
  - невозможности (в некоторых случаях) удаления из корневого канала старой пломбы или металлического штифта;
- при перелечивании зуба покрытого коронкой или являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного) не исключена вероятность:
  - снятия несъёмного зубного протеза, а затем изготовления нового зубного протеза;
  - перелома зуба, что может привести к его удалению.
- после лечения и перелечивания корневых каналов зуб будет более хрупким и его нужно будет защитить от возможного перелома путем постановки вкладки либо коронки.

**3. Мне названы и со мной согласованы:** технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; ориентировочные сроки проведения лечения и его стоимость, т.к. объем и характер работы можно будет определить только в процессе лечения.

**4. Мне была предоставлена возможность** предварительно ознакомиться с Положением об установлении гарантийных сроков и сроков службы на результат оказания стоматологических услуг в ООО «Ортодонтический центр «Барракуда», **мне названы и со мной согласованы гарантии** в моем конкретном случае.

**5. Я понимаю, что:**

- для постановки точного диагноза и проведения эффективного лечения может потребоваться дополнительное обследование и рентгенологический контроль качества лечения, а так же необходимость дальнейшего рентгенологического контроля за развитием ситуации;
- временные пломбы обязательно должны быть заменены на постоянные (если по вине пациента временные пломбы не заменены на постоянные, то дальнейшая ответственность за результат лечения и возможные осложнения с исполнителя снимается);
- условием эффективного лечения является выполнение мною плана лечения, плана индивидуальных профилактических мероприятий и соблюдение всех рекомендаций и назначений врача.

**6. Я удостоверяю своей подписью, что:**

- мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении: о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а так же о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;
- **я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.**

**7. Я так же даю согласие** на использование врачом моих/ лица, в интересах которого дается ИДС фото- и рентгеновских снимков в научных публикациях, для демонстрации работ (лекции, интернет) без указания персональных сведений, а так же при решении спорных вопросов в судебном порядке.

Подпись врача:

Подпись пациента:

Подпись законного представителя:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Фамилия Имя Отчество)

(Фамилия Имя Отчество)

(Фамилия Имя Отчество)

Дата \_\_\_\_\_