

Общество с ограниченной ответственностью «АРТИ»
ИНН/КПП 5032296173/503201001 ОГРН 1185053010691

Лицензия № ЛО41-01162-50/00340605 выдана Министерством здравоохранения Московской области 13.02.2020г.

Приложение №1 к договору
на оказание платных стоматологических услуг

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

Эндодонтическое лечение

(перелечивание ранее леченных каналов корней зуба)

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства,

Я _____ (фамилия, имя, отчество пациента)
проинформирован(а) о поставленном диагнозе и необходимости лечения:

Дата	Наименование услуги, номера зубов	Стоимость	Подпись пациента

Мне понятно, что начальное состояние зуба(ов) (до начала предлагаемого лечения) осложнено следующими неблагоприятными клиническими явлениями:

- нахождение отломка эндодонтического инструмента в корне зуба;
- резорцин-фармолиновое заполнение корней зуба;
- перфорация корня зуба;
- перелом корня зуба.

Поэтому я соглашаюсь с тем, что при предлагаемом лечении имеется значительный риск неудачи в лечении, в результате чего зуб придется удалить.

Последствием 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.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Я соглашаюсь с риском возникновения нижеперечисленных последствий, которые могут возникнуть как во время лечения корневых каналов, так и после его окончания:

1. высокий процент (свыше 50 %) неудачи эндодонтического лечения, что может потребовать повторное перелечивания корневых каналов в будущем, хирургического вмешательства в области корней зуба и удаления зуба;
2. ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты;
3. во время лечения корневых каналов, особенно искривленных, возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала; инструмент может перфорировать стенку корня, что может повлечь необходимость применения лечебных манипуляций, вплоть до удаления зуба; в результате акта глотания возможно проглатывание инструмента (эндодонтических файлов), что потребует неотложного лечения;
4. при лечении корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного протеза, при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции, возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом возможно её необратимое повреждение и необходимость нового протезирования зубов за дополнительную стоимость). Также при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти раскол или перелом самого зуба, что может привести к его удалению и необходимости нового протезирования.
5. при плохой проходимости корневых каналов из-за их сильной кальцификации, возможно возникновение перфорации гайморовой пазухи, поломки инструментов и перелома корня, что потребует соответствующего лечения, в том числе удаления зуба и необходимости протезирования.
6. при успешном завершении эндодонтического лечения существует вероятность кариозного разрушения или перелома зуба в будущем.

Я соглашаюсь с тем, что при перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается (вероятность выперечисленных осложнений значительно увеличивается), значителен риск невозможности удаления старой корневой пломбы, металлического пгифта или отломка инструмента из корневого канала, в том числе увеличивается вероятность возникновения перфорации гайморовой пазухи, поломки инструментов и перелома корня, что потребует соответствующего лечения за дополнительную плату, в том числе удаления зуба и необходимости протезирования.

Я соглашаюсь с необходимостью обязательного восстановления зуба пломбой или коронкой после проведения эндодонтического лечения, в противном случае возможно потерять зуб, либо потребуются повторное лечения корневых каналов.

Я соглашаюсь с тем, что во время накусывания твердой пищи на зуб покрытый временной пломбой может произойти перелом зуба, что потребует его дальнейшего удаления и протезирования, поэтому обязуюсь строго воздерживаться накусывания твердой пищи на зуб, с покрытый временной пломбой.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, возможно, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).

Мне разъяснена необходимость применение местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном опущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков или антибиотиков.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей 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 врач не сможет провести качественное лечение, исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь с тем, что ожидаемый мной положительный результат эндодонтического лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на повторное эндодонтическое лечение и пломбирование корневых каналов. Я соглашаюсь с тем, что при перелечивании каналов корней зуба (повторное эндодонтическое лечение) гарантийные обязательства (гарантийный срок и срок службы) на услуги по эндодонтическому лечению, равно как и на услуги по протезированию с опорой на перелеченный зуб, устанавливаются равными каждый 1 день.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мной заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять об объеме и стоимости оказанных услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента и понимаю, что его подписание влечет правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для осуществления эндодонтического лечения (лечение корневых каналов) на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: «__» _____ 202 г.