

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение стоматологического лечения зубов с незавершенным формированием корней  
(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, {ФамилияИмяОтчество} (ФИО родителя либо законного представителя), соглашаюсь с тем, что терапевтическое лечение другое вмешательство: \_\_\_\_\_

пациенту \_\_\_\_\_

(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительском падеже) будет проводить врач-стоматолог {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество} и другие врачи ООО «ЮККИДЕНТ». В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, уведомив меня об этом. Я даю согласие на привлечение к моему лечению других специалистов, в том числе врачей, не являющихся работниками Исполнителя (при необходимости).

Мне в доступной форме сообщена полная информация о состоянии здоровья пациента, предстоящем лечении, необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения. Мне разъяснены альтернативные методы лечения и последствия отказа от лечения.

Я информирован(а) о характере и методах предстоящего вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений, а именно:

Я понимаю, что в ходе выполнения согласованного со мной плана лечения может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций.

Я доверяю врачам принимать необходимые в этих случаях решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения состояния пациента.

Врач разъяснил мне, что невозможно точно предсказать способность десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента. Я понимаю, что бывают случаи неудач, когда зуб приходится удалять в связи с развившимися осложнениями.

Я проинформирован(а) об альтернативных видах и методах лечения и о преимуществах предложенного лечения. Я также ознакомлен(а) с планом предлагаемого терапевтического лечения и действием применяемых лекарственных препаратов, с возможным изменением терапии в случае непереносимости пациентом тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния его здоровья, требующего изменения тактики лечения.

Мне известно, что во время лечения могут быть выявлены заболевания или состояния, которые потребуют изменения объема медицинского вмешательства, на что я даю свое добровольное согласие.

Мне было сообщено, что в ходе лечения применяется анестезия, выбор которой производится лечащим врачом при моем согласии. Я понимаю, что всегда имеется риск применения анестезии и такой риск мне был полностью объяснен. Я даю согласие на применение выбранного врачом вида и объема обезболивания.

Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемого лечения, включая осложнения и отдаленные последствия.

Мне разъяснено, что показаниями к пульпотомии зуба с несформированными корнями является вскрытие пульпы без воспаления или с воспалением в коронковой пульпе. Пульпотомия в данном случае проводится с целью сохранения жизнеспособности корневой пульпы для завершения роста корня в длину и формирования апикального сужения. В процессе лечения под анестезией удаляют коронковую пульпу до устьев каналов и промывают полость изотоническим раствором хлорида натрия. Манипуляция проводится бормашиной, что может вызвать неприятные ощущения у пациента. Далее на устья каналов накладывается стерильный ватный тампон для гемостаза. Для того, чтобы полностью остановить кровотечение из полости зуба используются стерильные ватные тампоны, накладываемые под давлением. Даже при должном соблюдении всех необходимых манипуляций образование кровяного сгустка между лечебной повязкой и пульпой снижает вероятность регенерации на и может отсрочить или сделать невозможным формирование дентинного мостика. Затем приступают к наложению лечебной повязки с использованием препаратов гидроксида кальция или минерал-триоксид-агрегатный цемента. В начале, в прилегающем к материалу слое формируется зона некроза, а затем дентинный мостик образуется прямо напротив зоны некроза, либо происходит резорбция зоны некроза и она заменяется дентинным мостиком. Под влиянием используемых препаратов в пульпе происходит дифференцировка вторичных одонтобластов и формируется иррегулярный остеоидентин или тубулярный третичный дентин. Препарат, содержащий гидроксид кальция наносится на устья корневых каналов тонким слоем, аккуратно конденсируется стерильным ватным тампоном. Проверяется наличие кровоточивости. При возобновлении кровоточивости полость необходимо промывать, останавливать кровотечение и снова накладывать гидроксид кальция. Кровяной сгусток препятствует образованию дентинного мостика, поэтому гидроксид кальция должен быть в непосредственном контакте с пульпой. Слой материала увеличивают, либо покрывают твердеющей кальцийсодержащей прокладкой и пломбируют пломбирочными материалами. Если при повреждении кариозной полости в постоянных зубах с несформированными корнями происходит вскрытие полости зуба, то возможно проведение прямого покрытия пульпы, которое состоит в наложении лечебной повязки, стимулирующей формирование дентина, непосредственно на вскрытую область. В этом случае нет необходимости в эндодонтических манипуляциях. Потенциал регенерации пульпы максимален в случаях, когда изначально отсутствовало воспаление. Вероятность успеха снижается с возрастом, а также в тех случаях, когда вскрытая полость пульпы контактировала со слюной более 24 часов.

Предполагаемые сроки данного лечения - \_\_\_\_\_

**Возможные исходы проводимого лечения:**

- улучшение клинической ситуации в полости рта;
- стойкая ремиссия заболевания (заболеваний) ротовой полости;
- кратковременный положительный результат лечения;
- отсутствие эффекта лечения.

Эффективность лечения либо отсутствие эффекта непосредственно связаны с первоначальной клинической ситуацией (до начала лечения), общим состоянием организма пациента, работой иммунной системы, а также с регулярным правильным выполнением рекомендаций по домашней гигиене и лекарственной терапии (в случае назначения), изменением питания, наличием или отсутствием вредных привычек.

Я доверяю лечащему врачу и медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения здоровья пациента.

Я предоставляю ООО «ЮККИДЕНТ» право вести фото- и видеопрокол манипуляций по выбору врача(ей), использовать, обрабатывать, хранить, дублировать, анализировать мои изображения, включая фотографии и рентгенологические снимки, срезы КТ на сайтах в сети Интернет, для контроля качества лечения, для научных публикаций и в программах обучения врачей при соблюдении анонимности (т.е. без указания Ф.И.О. пациента).

Я подтверждаю, что анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о здоровье ребенка. Я предоставил(а) сведения обо всех травмах, операциях, заболеваниях, о постоянно и периодически принимаемых лекарственных средствах (инъекциях, мазях, назальных/глазных каплях, пищевых добавках, витаминах), назначенных врачами другого лечебного учреждения или принимаемых самостоятельно. Мне известно, что не предоставление информации о состоянии здоровья может повлиять на эффективность и результаты медицинского вмешательства, и я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я понимаю, что гарантийные обязательства на все виды стоматологических услуг сохраняются только в случае соблюдения всех рекомендаций, данных врачами ООО «ЮККИДЕНТ». Я проинформирован(а), что эндодонтическое лечение проводится без гарантии в виду особенностей этого вида стоматологической помощи. Я понимаю, что при эндодонтическом лечении постоянных зубов с незавершенным формированием корня(ей) врач делает всё возможное для обеспечения возможности завершения формирования корня зуба, однако, в ходе лечения и после него возможны осложнения: не закрытие верхушки корня, гибель зоны роста, повреждение зачатка коренного зуба, при раннем удалении зуба возможно образование костной ткани, позднее прорезывание или не прорезывание зуба, кроме того существует вероятность не завершения формирования корня(ей) и в дальнейшем.

Я понимаю, что необходимо строго следовать указаниям врача, если пациент не найдет возможности лежать неподвижно и будет шевелиться, дергаться или глотать без предупреждения, возможно повреждение тканей лица или шеи инструментами, в том числе с последующим образованием рубцов. Я понимаю, что в процессе стоматологического лечения возможны травмы, порезы повреждения лица и мягких тканей. Иногда могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Мне сообщено и понятно, что необходимым условием эффективного лечения является выполнение компьютерной томографии, в случае несоблюдения мною рекомендации по проведению КТ до лечения я лишаю врачей возможности постановки правильного диагноза и выбора оптимальной тактики моего лечения. Я подтверждаю, что сообщённая доктору информация об индивидуальных особенностях и состоянии здоровья пациента максимально полная и достоверная. Я осознаю свою ответственность за неполные или искаженные сведения. Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии здоровья пациента.

#### Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Пациент \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись пациента либо законного представителя) {ТекущаяДатаПолная} г.

Врач \_\_\_\_\_ ({Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}) {ТекущаяДатаПолная} г.

#### Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Пациент \_\_\_\_\_ } (ФИО пациента либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись пациента либо законного представителя) {ТекущаяДатаПолная} г.

Врач \_\_\_\_\_ ({Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}) {ТекущаяДатаПолная} г.