

# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на первичное/повторное эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зубов)

(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 пациента либо законного представителя), соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство (эндодонтическое лечение, первичное или повторное лечение корневых каналов зуба(ов), распломбировку каналов зуба (ов), другое вмешательство:

\_\_\_\_\_ )  
пациенту \_\_\_\_\_ (ФИО

пациента, которого я представляю в силу закона, в родительном падеже) будет проводить врач-стоматолог {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество} и другие врачи ООО «ЮККИДЕНТ». В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника оставляет за собой право заменить лечащего 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 для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или прекратить его на любом этапе.

Мне объяснено, что лечение корневых каналов зубов имеет целью одновременное решение нескольких задач: лечение воспаления пульпы, устранение воспаления в области верхушки корня; восстановления целостности зуба, лечение тканей, окружающих зуб, предупреждение развития патологических процессов и осложнений.

Лечение корневых каналов зубов включает в себя следующие основные этапы: препарирование кариозной полости, механическую и медикаментозную обработку корневых каналов (в том числе посредством внутриканального ультразвукового физиотерапевтического воздействия), пломбирование корневых каналов с последующим герметичным восстановлением коронки зуба (установка постоянной пломбы или ортопедической конструкции).

На одном из этапов осуществляется дренирование воспалительной полости через каналы или слизистую оболочку десны. После снятия воспаления проводится антисептическое лечение тканей вокруг зуба, а также заложение лекарственных средств в зуб и постановка временной пломбы.

После купирования воспалительного процесса в периодонте полости заполняются постоянными пломбировочными материалами.

Мне разъяснено, что выбор воздействия на корневые каналы зуба, выбор лекарственных средств для заложения в зуб, выбор материала временной и постоянной пломбы зависят от степени поражения зуба, особенностей строения зуба, индивидуальных особенностей пациента, в том числе от наличия аллергических реакций. Со мной согласован вид применяемых воздействий на корневые каналы зуба, применяемых лекарственных средств и материалы временной и постоянной пломбы.

Мне сообщены и понятны альтернативные (возможные) методы медицинского вмешательства. В частности, мне разъяснено, что альтернативными методами лечения являются:

- Консервативное лечение периодонтальных изменений с помощью кальцийсодержащих препаратов. Этот метод лечения позволяет сохранить относительную целостность зуба, но требует долгосрочного лечения, при этом эффективность лечения невысокая.

- Резекция верхушки корня - удаление верхушки одного или нескольких корней зуба вместе с очагом воспаления. Гемисекция – ампутация одного из корней многокорневого зуба вместе с очагом воспаления и с частью коронки. Это временная мера, позволяющая сохранить зуб на небольшой срок (обычно такой срок составляет от 1 года до 5 лет) в зависимости от индивидуальных особенностей организма.

- Удаление зуба. Происходит полное излечение воспалительного процесса, однако удаление зуба – это полная утрата зуба, из-за чего могут возникнуть осложнения в виде изменения положения соседних зубов, уменьшения объема костной ткани, также может потребоваться проведение хирургического (восполнение объема тканей, имплантация) и ортопедического лечения (протезирование).

Я информирован(а) о других (альтернативных) способах лечения, их преимуществах и недостатках \_\_\_\_\_

Я в доступной форме проинформирован(а) лечащим врачом о возможных осложнениях, которые не являются следствием дефектов оказания медицинской помощи, к которым относятся, в частности:

- Потеря пломб и ортопедических конструкций, установленных в других медицинских учреждениях без соблюдения общепринятых стандартов или срок службы которых истек;
- Скол прямых композитных виниров (люминиров, художественных реставраций) с последующей невозможностью их восстановления
- Во время и после обезболивания (анестезии): боль при введении анестетика, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции, поломка иглы, недостаточное обезболивание, избыточное распространение анестетика, отек мягких тканей, продолжительное нарушение чувствительности, локальное побледнение кожи, образование гематомы,

повреждение анестезируемых тканей, прикусывание губ и щек, инфицирование, некроз ткани, анафилактический шок, гипертонический криз, коллапс, обморок;

- При лечении корневых каналов: перфорация корня зуба вследствие его значительного искривления; перепломбировка (выход материала); невозможность прохождения корневого канала, связанного с анатомическими особенностями и облитерацией (сужением) корневого канала; невозможность обнаружения дополнительных каналов корня зуба; необходимость повторного аналогичного лечения; необходимость проведения хирургического вмешательства в области зуба, подвергнувшегося лечению; поломка инструмента(ов); необходимость удаления зуба;

- После постановки пломб: постпломбировочные боли при накусывании, повышенная реакция на холодное и горячее, болезненные ощущения в десне при постановке придесневой пломбы; появление рецессии десны, оголение корней зубов, связанное с уменьшением отека десны; воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, при нарастании воспаления необходимость удалить зуб; появление повышенной чувствительности зубов; изменение цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества; при наличии желудочно-кишечных заболеваний возможно появление тёмной полосы между пломбой и тканями зуба;

- При повторном лечении корневых каналов зуба, покрытого коронкой или являющегося опорой для съёмного протеза: перелом корня и (или) стенки зуба, который может привести к необходимости его удаления и переделки конструкции.

- При перелечивании зубов (повторном эндодонтическом лечении) вероятность успешного лечения значительно снижается, что связано с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или штифт; с сильной кальцификацией корневых каналов, что (в некоторых случаях) повышается вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента); с искривлением корневых каналов.

Я проинформирована, что: при перелечивании зуба, покрытого коронкой или являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного), необходимо снятие несъёмного зубного протеза, а затем изготовление нового зубного протеза; возможен перелом зуба, что может привести к его удалению; после лечения и перелечивания корневых каналов необходимо восстановление коронковой части зуба, т.е. постановка коронки или вкладки (по ситуации).

#### **Возможные исходы проводимого лечения:**

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

При эндодонтическом лечении непосредственно после окончания курса лечения восстанавливается функция зуба. В ряде случаев удается достичь стабилизации – отсутствия прогрессирования заболевания. При этом необходимо динамическое наблюдение по графику, рекомендованному врачом (2-4 раза в год), для отслеживания положительных либо отрицательных изменений.

На любом этапе оказания помощи могут появиться новые поражения или осложнения, обусловленные проводимой терапией (например, аллергические реакции), что повлечет оказание дополнительной медицинской помощи, проводимой по протоколу соответствующего осложнения.

При отсутствии лечения и невыполнении рекомендаций может развиваться новое заболевание, связанное с основным. Через полгода после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения возможен рецидив кариеса, развитие маргинального гингивита, прогрессирование заболеваний периодонта; развитие хронического периодонтита.

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.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Гарантийные сроки на эндодонтическое лечение ввиду его специфики установить не представляется возможным. Следует учесть, что результат лечения сильно зависит и от реакции организма и общего состояния зубов.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения; стоимость этапов и лечения в целом. При этом мне известно, что стоимость во время лечения может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

Предполагаемый срок данного лечения - \_\_\_\_\_

Я обязуюсь выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений, и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность любого человеческого организма, я согласен(а) с тем, что успех лечения в значительной степени зависит от индивидуальных особенностей организма и образа жизни, и никто не может предсказать точный результат лечения.

На усмотрение врача при необходимости для проведения эндодонтического лечения может быть использован операционный микроскоп, что обеспечивает увеличение и лучшую визуализацию клинической картины и повышает вероятность успеха и тщательность лечения, но не даёт 100% гарантии, т.к. успех лечения во многом зависит от клинической картины на момент обращения, анатомических особенностей и состояния организма в целом.

Дополнительно: \_\_\_\_\_

Я проинформировал(а) медицинского работника обо всех случаях аллергических реакций, предоставил(а) сведения о состоянии здоровья на момент подписания настоящего согласия и в прошлом, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о постоянно и периодически принимаемых лекарственных средствах (инъекциях, мазях, назальных/глазных каплях, пищевых добавках), назначенных врачами другого лечебного учреждения или принимаемых самостоятельно, об употреблении алкоголя, наркотических и иных токсических средств. 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.

Мне сообщено и понятно, что необходимым условием эффективного лечения является выполнение компьютерной томографии. В случае несоблюдения мной рекомендации по проведению КТ до лечения я лишаю врачей возможности постановки правильного диагноза и выбора оптимальной тактики моего лечения.

Я предупрежден(а) лечащим врачом, что в процессе диагностики и лечения могут потребоваться дополнительные виды медицинских обследований и медицинских манипуляций, необходимые для контроля за осуществлением обследования и (или) выявления сопутствующей патологии и (или) обусловленные индивидуальными особенностями моего организма.

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 моего состояния.

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 уведомлен(а), что в процессе лечения необходимо регулярно и в соответствии с установленным лечащим врачом графиком являться на прием к лечащему врачу для динамического наблюдения и контроля за процессом лечения. Понимаю, что неявка на контрольный осмотр к лечащему врачу может привести к нежелательным или неблагоприятным последствиям для здоровья.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проводимого медицинского вмешательства на любой его стадии. Мне разъяснены последствия такого отказа, в том числе я проинформирован(а), что последствиями отказа могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба. При этом лечебное учреждение не несет ответственности за последствия моего отказа от оказания медицинской помощи.

Я извещен(а), что несообщение вовремя врачу о любом ухудшении самочувствия, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья и лечении.

#### **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 {ФамилияИмяОтчество} (ФИО пациента либо законного представителя)

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

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

Рекомендации в письменном виде и разъяснения от врача получил(а) \_\_\_\_\_ / {ФамилияИмяОтчество} /

#### **Вариант 2.**

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

Пациент {ФамилияИмяОтчество} (ФИО пациента либо законного представителя)

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

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