

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение восстановления зуба(ов) после эндодонтического лечения
при отказе от ортопедического лечения (протезирования)

(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 лечение (восстановление зуба(ов), реставрация зуба(зубов), либо другое медицинское 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 сообщена информация о проведении восстановления зуба(ов) после эндодонтического лечения _____ зуба(ов)
и/или _____

Я понимаю, что после окончания лечения корневых каналов необходимо решать вопрос восстановления зуба(ов). Во многих случаях в процессе эндодонтического лечения, а зачастую и до его проведения в результате недостаточного ухода или несвоевременного лечения, зуб лишается объемов зубных тканей, иногда достаточно значительных. Это может происходить за счет большой старой пломбы, из-за обширного кариеса, поломки части коронки и другим причинам. Зубы в таком состоянии становятся непрочными, не предохраняют каналы от развития воспаления и необходимо решить вопрос адекватного восстановления зубов. Восстановление зубов после эндодонтического лечения осуществляется несколькими способами: пломбирование композитными материалами, пломбирование композитными материалами с помощью штифтов, использование коронок (протезирование). Меня ознакомили с наиболее рациональными планами восстановления зуба(ов), включая протезирование, с возможными альтернативными вариантами лечения и рисками, и осложнениями в случае отсутствия лечения. Я принимаю решение не проводить протезирование и прошу врача восстановить зуб(ы) без изготовления коронки(ок). При проведении восстановления зубов, леченных ранее вне клиники, при отказе от перелечивания корневых каналов, клиника не несет ответственности за состояние корневых каналов и развитие осложнений в дальнейшем. В случае появления или обострения воспаления около корня(ей), перелома корня(ей) или коронки(ок), необходимости использования ортопедической конструкции, лечение или удаление зуба(ов), переделка ортопедической конструкции в будущем осуществляется согласно прейскуранту (являются новой платной услугой). После процедуры восстановления зуба(ов) необходима явка на осмотр в течение 2 недель с момента окончания лечения.

Я получил(а) полную информацию о гарантийных сроках, действующих на разные виды стоматологических услуг, включая протезирование. Я понимаю, что, выбрав восстановление зуба без проведения подготовки для протезирования и отказавшись от установки коронки (коронок), я лишаюсь гарантии, включая гарантии на проведенное эндодонтическое лечение. Я понимаю, что результат, возможно, не будет соответствовать моим ожиданиям и зависит от клинической картины. Я понимаю, что могу вернуться к полноценному ортопедическому лечению и отказаться от проведения восстановления (реставрации).

Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершенном лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к стоматологической клинике. Я понимаю, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с действительным результатом. Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны различные ситуации, предвидеть которые в момент получения информированного согласия невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью (перенос приема из-за отключения электроэнергии, замена одного доктора другим в случае болезни первого и т.д.). Я также даю право врачам привлекать для моего лечения любых специалистов, в том числе не являющихся работниками медицинской организации.

Возможные негативные последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения:

- прогрессирование заболевания;
- развитие инфекционных осложнений;
- появление, либо нарастание болевых ощущений;
- перелом зуба(ов);
- разрушение коронковой части зуба(ов)
- потеря зуба(ов);
- инфекционное поражение корневых каналов, воспаление корневых каналов и его возможные осложнения, воспаление периодонта с образованием гранулём или кист, в ряде случаев требующее неоднократной лекарственной терапии и, при необходимости, оперативного удаления верхушки корня зуба и стенок кисты;
- системные проявления, включая нарушения в височнонижнечелюстных суставах и позвоночнике,

На стоматологическом приёме и после него возможны следующие осложнения:

- под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, последующее затруднённое открывание рта, поломка иглы, боль при введении анестетика, недостаточное обезболивание, избыточное введение анестетика, повреждение анестезируемых тканей, образование гематом, инфицирование, некроз тканей, продолжительное нарушение чувствительности, локальное побледнение кожи, аллергические реакции, снижение внимания, анафилактический шок, коллапс;
- после одонтопрепарирования витального зуба может возникнуть повышенная чувствительность ко всем температурным и химическим раздражителям и развиться пульпит - потребуются лечение каналов зуба (удаление нерва);
- скол (отлом) установленных на соседних зубах прямых композитных виниров (люминиров, художественных реставраций) с последующей невозможностью их восстановления;
- рецессия участка десны, формирование зубодесневого кармана;
- разрушение зуба, перелом зуба;
- атрофия альвеолярного гребня;
- отёки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен;
- появление натёртостей при съёмном протезировании;
- рвотный рефлекс;
- ухудшение эстетического эффекта из-за отказа установить коронку(ки) или удалить зубы;
- аллергическая реакция на материалы и препараты;
- изменение дикции, вкусовых ощущений, а также характера слюноотделения;
- переломы и сколы зуба(ов);
- изменение стоимости и(или) сроков лечения;

Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен(а) с тем, какие могут возникнуть осложнения: **в случае отсутствия лечения или невыполнения этапов и сроков рекомендованного плана лечения:**

- прогрессирование зубоальвеолярных деформаций,
- дальнейшее снижение эффективности жевания,
- ухудшение эстетики, нарушение функции речи,
- прогрессирование заболеваний пародонта,
- быстрая утрата зубов остаточного прикуса,
- заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава,
- общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, неврологическая патология,

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 соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу.

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 предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье. 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 перенесённых 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.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему 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).

Необходимые условия для осуществления гарантии и достижения положительного результата лечения:

- точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача,
- последовательное выполнение пациентом **всех этапов и сроков** стоматологического лечения, рекомендованных врачом.

Предполагаемые сроки данного лечения - _____.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

-ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма;

- консультация стоматолога(ов) и(или) специалистов иного профиля:

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.

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 _____ (ФИО пациента либо законного представителя)

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

Врач _____ ({Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}) {ТекущаяДатаПолная} г.