Приложение к Договору № _____ от _____ г
на оказание платных стоматологических услуг

Информированное добровольное согласие на ревизию (перелечивание) каналов зуба

ООО «НИТА-ДЕНТ» (ОГРН 1146194005132)

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 , являясь законным представителем (при отсутствии зачеркнуть)_____ _____, даю информированное добровольное согласие на:

- виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 г. N 390 н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 05.05.2012 г. N 24082) для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть);
- виды медицинских вмешательств при проведении лечения кариеса и иных болезней твердых тканей зуба/лечения кариеса и иных болезней твердых тканей зуба лицу, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в соответствии с Планом обследования и лечения в ООО «НИТА-ДЕНТ».

Медицинским работником мне разъяснена информация о наличии у меня/лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) заболевания и постановке следующего диагноза _____ _____

Я соглашаюсь с тем, что лечение мне будет выполнять врач: _____, в исключительных случаях (непредвиденные обстоятельства) мне будет предоставлен другой врач, после предварительного уведомления и получения моего согласия.

Я также предупрежден(а) о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение следующих осложнений заболевания: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление или нарастание боли, обострение системных заболеваний организма.

Мне разъяснено и понятно, что такое медицинское вмешательство как перелечивание каналов зуба проводится в несколько этапов. Для наиболее полного устранения патогенной микрофлоры из канала необходимо его повторно препарировать на всем протяжении, тщательно обработав стенки канала зуба, механически удаляя при этом предыдущую пломбировку каналов зуба. Далее для устранения воспаления удаляется жидкость (гнойная или серозная), образовавшаяся в месте воспаления, что может занять несколько дней при необходимости полоскания гипертоническими растворами. Далее лечение будет складываться из следующих этапов: механическая подготовка (расширение, очистка), антисептическая обработка (дезинфекция) и пломбирование каналов – сначала временное (зачастую неоднократно), а потом и постоянное. В зависимости от степени разрушения зуба далее производится реставрация или протезирование. **На данные виды медицинского вмешательства мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия.**

Я предупрежден(а) врачом о том, что часто возникают препятствия для такой обработки, которые не позволяют выполнить все манипуляции в полном объеме, иногда такие препятствия создают риск перфорирования корня зуба. Подобными препятствиями могут быть: отломы инструментов, уступы, участки кальцинации, анкерные и стекловолоконные штифты, чрезмерно прочное предыдущее пломбирование каналов (например, резорцин-формалиновой пастой и др.)

Мне разъяснено и я принимаю то, что ни врач, проводящий перелечивание каналов зуба, ни клиника не предоставляют никаких гарантий на положительный результат данной медицинской услуги, так как эндодонтическая терапия по ревизии (перелечиванию) каналов зуба не имеет высокого процента клинического успеха (не более 30%) и является всего лишь попыткой спасения зуба.

Я понимаю и принимаю, что при перелечивании каналов зуба положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемиологического режимов.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов).

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:

- некачественное прохождение (распломбирование) и расширение корневого канала;
- перелом эндодонтического инструмента в корневом канале;
- перфорация стенки корневого канала или стенки зуба;
- неполное пломбирование корневого канала;
- также возможно: вывод пломбировочного материала за верхушку корня зуба, необнаруженный и, соответственно, незапломбированный дополнительный корневой канал, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения, рецидив воспалительного процесса в периапикальных тканях зуба.
- если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно её необратимое повреждение). Также при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти раскол или перелом самого зуба, что может привести к его удалению;

Я предупрежден(а) о том, что ввиду специфики медицинской деятельности, невозможно предоставить мне гарантии, что этот зуб не будет поврежден вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении лечения.

Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 3-4 дня, а при «накусывании» вплоть до двух-трех недель.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после ревизии каналов зуба являются болевые ощущения в области пролеченного зуба и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику ООО «НИТА-ДЕНТ» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Врач также объяснял мне необходимость обязательного восстановления зуба ортопедической конструкцией после проведения эндодонтического лечения, в противном случае есть риск потерять зуб, либо потребуется повторное лечение корневых каналов.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, возможно, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки, накладки) согласно решению врача за дополнительную плату согласно прайсу клиники на момент оказания услуги.

Я также предупрежден(а) о том, что несоблюдение согласованного плана и сроков лечения, включая пропуск назначенных визитов или отказ от необходимых этапов медицинского вмешательства, может привести к развитию серьезных осложнений, включая острую боль, отек, повышение температуры тела и, в конечном итоге, к потере зуба.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом ООО «НИТА-ДЕНТ».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня (представляемого) правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей (представляемого) медицинской карты. Я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

Пациент:_____ Врач_____
_____(подпись) _____(подпись)

Законный представитель: (при наличии) _____
_____(подпись) (дата оформления)