

Информированное согласие пациента на терапевтическое стоматологическое лечение.

Форма информированного согласия составлена в соответствии с Договором № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г. п. 1.2. с учетом особенностей оказания медицинской услуги Заказчику – лечение кариеса и (или) эндодонтического лечения.

В данном случае, с учетом всех имеющихся данных, Заказчику показано следующее стоматологическое лечение (нужное подчеркнуть):

- Зуб № ____ - Диагноз: кариес, кариес корня, пульпит, периодонтит, повторное лечение каналов, _____
- Зуб № ____ - Диагноз: кариес, кариес корня, пульпит, периодонтит, повторное лечение каналов, _____
- Зуб № ____ - Диагноз: кариес, кариес корня, пульпит, периодонтит, повторное лечение каналов, _____
- Зуб № ____ - Диагноз: кариес, кариес корня, пульпит, периодонтит, повторное лечение каналов, _____
- Зуб № ____ - Диагноз: кариес, кариес корня, пульпит, периодонтит, повторное лечение каналов, _____
- Зуб № ____ - Диагноз: кариес, кариес корня, пульпит, периодонтит, повторное лечение каналов, _____
- Зуб № ____ - Диагноз: кариес, кариес корня, пульпит, периодонтит, повторное лечение каналов, _____

Для проведения комплексного стоматологического лечения пациенту рекомендовано (нужное подчеркнуть):

- Рентгенологическое обследование – ортопантограмма.
- Проведение проф. гигиены полости рта каждые ____ месяцев.
- Получить консультацию: ортопеда, имплантолога, пародонтолога, ортодонта, хирурга.

Информация по заболеванию «кариес»

Этиология патогенез заболевания кариесом связаны с недостатком гигиены и эндогенными причинами, определяющими устойчивость к кариесу.

Методы диагностики: осмотр, зондирование, химические кариес маркеры, рентгенологическое исследование.

Методы лечения, в соответствии с принципами медицинской практики и современными достижениями медицины: удаление пораженных тканей, замещение пораженных тканей пломбировочным материалом.

Перспективы и результаты медицинского вмешательства по данным медицинской литературы при имеющемся заболевании зависят от качественно оказанной помощи от текущего и последующего состояния здоровья, от соблюдения пациентом рекомендаций по сохранению результата лечения, посещений профилактических осмотров. Альтернативным способом лечения является удаление зуба, отсутствие лечения. При отказе от лечения неизбежно прогрессирование разрушения зуба, появление и усиление болевых ощущений, развитие осложнений - пульпита, затем периодонтита, остеомиелита.

Возможные осложнения, время их развития и исчезновения, методы и результаты их коррекции:

- **Гематома** – после проведения местной анестезии, проходит самопроизвольно в течение недели.
- **Пульпит** - может возникнуть в любой срок, требует обязательного лечения каналов зуба;
- **Скол стенки зуба** – может возникнуть в любой срок, требуется лечение каналов, реставрация коронки зуба вкладкой или коронкой, в случае скола под десну показано удаление.
- **Изменение цвета пломбы** может возникнуть в любой срок, требуется повторная реставрация.
- **Болевые ощущения** могут возникнуть на протяжении первых 2-4 дней после лечения. При этом может потребоваться удаление пульпы, прием антибиотиков, обезболивающих, десенсибилизирующих препаратов.

Методы реабилитации после проведения лечения, способствующие скорейшему выздоровлению, а также методы первичной и вторичной профилактики: соблюдение рекомендаций врача, покрытие пломбы и эмали зуба защитными средствами, соблюдение гигиены полости рта, поддержание высокой неспецифической сопротивляемости организма, посещение врача для профилактических осмотров 1 раз в 6 мес.

На терапевтическое лечение (постановка пломб и первичное эндодонтическое лечение-лечение каналов) устанавливается гарантия один год, если иного не установлено врачом соответствующей записью в медицинской карте и выписке, выдаваемой пациенту по окончании лечения.

Информация по эндодонтическому лечению (лечению каналов)

Методы диагностики для данного заболевания: электроодонтометрия, рентгенологическое исследование, опрос жалоб, осмотр.

Перспективы и результаты медицинского вмешательства по данным медицинской литературы при имеющемся заболевании зависят, при качественно оказанной помощи, от общего состояния организма, индивидуальных анатомо-физиологических особенностей, от соблюдения пациентом рекомендаций по сохранению результата лечения, посещений профилактических осмотров, методов и результатов ранее проводимого лечения.

Возможные осложнения, время их развития и исчезновения, методы и результаты их коррекции: имеется определенный процент (5-20%) неудачного эндодонтического лечения обусловленного сложным анатомическим строением каналов, что может потребовать перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба. Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо перфорацию стенки корня и последующую потерю зуба. При перелечивании ранее леченных корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:

- с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала
- с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов).

При лечении искривленных и разветвленных корневых каналов также существует более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Возможны осложнения, вызванные анестезией, приемом анальгетиков и антибиотиков описанные в аннотациях к данным препаратам. Болевые ощущения, отёк и гематома мягких тканей могут возникнуть

в первые 2-4 дня после лечения. Лечение осложнений, в зависимости от выраженности и состояния тяжести, может потребовать приема антибиотиков, обезболивающих, десенсибилизирующих препаратов, хирургического лечения (вплоть до удаления зуба).

Методы реабилитации после проведения лечения, способствующие скорейшему выздоровлению, методы первичной и вторичной профилактики осложнений: периодический рентгенологический контроль состояния окружающих тканей зуба, выполнение рекомендаций врача. После эндодонтического лечения, возможно будет рекомендовано покрыть зуб коронкой или вкладкой/накладкой для предохранения зуба от поражения кариесом или перелома зуба.

При необходимости **повторного эндодонтического лечения** (лечения каналов) в зубах ранее уже эндодонтически леченых в других клиниках, Исполнитель обязуется грамотно и последовательно выполнить диагностические, лечебные и профилактические мероприятия, направленные на улучшение состояния зуба. Тем не менее, такое лечение не может иметь гарантированного положительного результата. На зубы с диагнозом **периодонтит, околокорневая киста, межкорневая резорбция кости** или другой периапикальной патологией, а также на зубы, леченные ранее в других клиниках по поводу аналогичных заболеваний, на зубы с **кариесом корня** гарантия не распространяется. В отдельных сложных случаях по просьбе пациента лечение или протезирование может производиться условно, т.е. **без гарантированного положительного результата**. На такие случаи гарантия не распространяется, деньги не возвращаются и не учитываются при последующем лечении.

Влияние медицинского вмешательства на качество жизни: повышение вероятности сохранения зуба и увеличение срока его службы. Альтернативным вариантом является удаление зуба. Отказ от лечения приведёт к прогрессированию заболевания, развитию инфекционных осложнений, появлению или нарастанию болевых ощущений, образованию кисты, потере зуба, а также к системным проявлениям заболевания.

Мне известно, что при проведении стоматологического лечения возможны аллергические реакции и связанные с ними осложнения. В случае необходимости я доверяю врачу расширить объём оказываемых услуг до необходимого для надлежащего оказания медицинских услуг или предотвращения вреда состоянию моего здоровья.

Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.

От исполнителя _____

Заказчик (Ф.И.О, подпись) _____

Дата подписания: _____

В случае отказа от рекомендованного медицинского лечения

Я, _____, отказываюсь от рекомендованного мне стоматологического лечения

Врач рекомендует мне проведение комплексного стоматологического лечения и протезирования - санацию полости рта. Рекомендованное лечение должно быть осуществлено в определённые сроки и с определённой последовательностью.

Врач подробно информировал меня о характере и целях рекомендованного лечения, мне разъяснены возможные отрицательные последствия отказа от санации полости рта.

Я осознаю, что выбор мною неоптимального плана лечения и протезирования, изменение сроков и этапности стоматологического лечения отрицательно повлияют на итоговый результат лечения, протезирования, и их отдалённый прогноз.

Я подтверждаю, что имею возможность обсудить с моим лечащим врачом интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с моим лечением и отказом от него.

Подпись пациента _____ Фамилия (полностью) И.О. _____ Дата _____

Подпись врача _____ Фамилия (полностью) И.О. _____ Дата _____

УВЕДОМЛЕНИЕ
В случае отказа от рекомендованного медицинского
лечения или несоблюдения рекомендаций

г. Барнаул

« » _____ 20 г.

Я, _____,

уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, в том числе – нарушение назначенного режима, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Подпись _____ / _____