

ООО «АЛЬДЕНТЕ»

Информированное согласие пациента на проведение амбулаторного стоматологического вмешательства по терапевтическому лечению зубов и корневых каналов

Этот документ не является договором, не предусматривает никаких обязательств, не снимает ответственности с персонала клиники и подписывается пациентом в соответствии с требованиями закона «Об охране здоровья граждан»

Я, _____
обращаюсь в ООО «Альденте» для проведения терапевтического и эндодонтического лечения (лечение корневых каналов) следующих зубов:

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных и лечебных мероприятий. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости, перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология, появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта. Меня также познакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового, хирургическое вмешательство (апикальная хирургия).

При лечении кариеса зубов, когда патологический процесс сильно развит, невозможно однозначно быть уверенным в положительном исходе лечения, исходя из этого, разобрав ситуацию с врачом, осознаю, что в случае возникновения осложнений кариеса мне необходимо будет провести эндодонтическое лечение зуба с последующей оплатой услуги.

Доктор понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам лечения, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки работы.

Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Доктор понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно:

Имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения. Что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии (резекции) и даже удаление зуба. Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность его удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой удаление зуба.

При повторном перелечивании инфицированных и ранее леченных корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:

- со случаями, если каналы ранее были пломбированы в другой клинике твердеющими препаратами, резорцин-формалиновым методом, в каналах имеются сломанные эндоинструменты, металлические и

стекловолоконные штифты и вкладки, тогда часто невозможно удалить старую корневую пломбу и пройти канал на всю длину;

- с ситуацией, если уже имеются перфорации корней и стенок зуба, ступеньки и ложные каналы;
- с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов). При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня.

Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии и стать причиной удаления зуба;

Если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции (например, перелом коронки), либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение). Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению.

Даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать 100% гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению, рецидиву инфекционного процесса на верхушках корней или перелому в будущем.

Доктор также объяснил мне необходимость обязательного постоянного восстановления коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения в строки до 1 месяца. В противном случае эндолечение может потерпеть неудачу (что может стать причиной потери зуба, либо потребовать перелечивания корневых каналов).

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения как в процессе лечения, так и после него и в будущем обязуюсь приходить на контрольные осмотры 1 раз в 3 месяца.

Я осознаю риск, связанный с анестезией, которая может вызвать нарушение сознания и дыхания, дисфункцию мышц, судороги, сердцебиение, коллапс, повышение АД, отек и воспаление в месте инъекции, отек Квинке, анафилактический шок, аллергию, крапивницу, кровотечение, гематому, некроз тканей, потерю чувствительности языка, губ, неба, кожи лица и шеи.

Я проинформировал лечащего доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, о наличии всех хронических заболеваний, данная информация занесена в амбулаторную карту.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом, т.к. представления пациентов о лечении, как правило, не совпадают с реальной действительностью.

Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения.

Я понимаю, что в моих интересах приступить к лечению зубов как можно быстрее.

Я также понимаю, что доктор также как и я заинтересован в благоприятном исходе проводимого лечения и сделает для этого все необходимое.

Хотя предложенное лечение поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что лечение является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается иволютивному развитию, которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания иволютивных процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки пломбы.

Я обязуюсь точно выполнять все рекомендации и назначения доктора и понимаю, что их невыполнение может привести к серьезным осложнениям и неучасту лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упоминавшихся в данном документе.

Я даю разрешение делать рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

Я разрешаю (не разрешаю) использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности без указания моего имени и фамилии.

Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого врача или ассистента, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я понимаю, что в связи с индивидуальной анатомией и реакцией организма возможно расхождение с первоначально определенным планом лечения и изменение ранее оговоренной стоимости лечения как в большую, так и в меньшую сторону.

Я понимаю, что я ответственен за оплату услуг, оказанных мне в Семейной Стоматологии «Альденте» в соответствии с прейскурантом клиники. Я внимательно ознакомился с прейскурантом клиники, с условиями гарантии на стоматологические услуги и согласен оплачивать все оказанные мне стоматологические услуги по факту их оказания.

Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе выполнения работ.

Меня уведомили, что клиника и ее персонал не несет ответственности за оказанные стоматологические услуги в следующих случаях:

- Предоставления услуг по требованию пациента, расходящемуся с предложенным врачом планом лечения, о чем делается соответствующая запись в истории болезни;
- Возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее;
- Осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или развившихся в связи с несоблюдением врачебных назначений и рекомендаций;
- Переделок и исправления работ в другом лечебном заведении;
- Ремонта, порчи и исправления работы самим пациентом;
- Истечения срока гарантии на оказанные услуги;
- Иных ситуаций, предусмотренных в условиях гарантии, действующих в нашей клинике.

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ЛИЧНО ПРОЧИТАЛ ДОКУМЕНТ И СОЗНАТЕЛЬНО ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ВЫШЕОГОВОРЕННОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ, И ЧТО ВСЕ СВЯЗАННЫЕ С НИМ ОБЪЯСНЕНИЯ БЫЛИ СДЕЛАНЫ.

Пациент: _____ / _____ /

Врач: _____ / _____ /

Дата: « ____ » _____ 201 ____ г.

Примечание: при приеме детей до 18 лет обязательно подписывается родителем (опекуном) или сопровождающим лицом.