

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество пациента)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_ паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

до начала проведения терапевтического лечения, получил (а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Врач, после диагностического обследования, обосновал необходимость проведения терапевтического лечения зубов. Последствиями отказа от данного терапевтического лечения зубов могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление или нарастание болевых ощущений, потеря зуба, а также системные проявления заболевания. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае, будут иметь меньший клинический успех. Альтернативным методом лечения является удаление пораженного зуба(ов) или отсутствие лечения как такового.

Врач объяснил, что для диагностики и последующего лечения кариеса зубов и его осложнений (воспаление и гибель сосудисто-нервного пучка в каналах зубов), может потребоваться проведение дополнительных диагностических мероприятий и рентгенологическое исследование.

Главная задача при диагностике заключается в определении стадии развития кариозного процесса, количества каналов в зубе, состоянии и жизнеспособности тканей в каналах зубов (пульпа зуба), состояние тканей, окружающих зуб, структуру кости и выбора соответствующего метода лечения. В случае необходимости проведения обезболивания в виде местной анестезии, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о проведении местного обезболивания. Я даю согласие на проведение комплекса необходимых мероприятий и применение анестезии в процессе лечения.

Врач указал на необходимость лечения кариеса зубов и его осложнений. Мне объяснены принципы лечения кариеса зубов, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- устранение факторов, обуславливающих процесс разрушения тканей зуба;
- предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса;
- сохранение и восстановление анатомической формы пораженного кариесом зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы;
- предупреждение развития патологических процессов и осложнений;

Лечение кариеса может включать:

- устранение микроорганизмов с поверхности зубов;
- реминерализующую (восстановление структуры эмали) терапию на стадии «белого (мелового) пятна»;
- фторирование твердых тканей зубов при приостановившемся кариесе;
- сохранение по мере возможности здоровых твердых тканей зуба, при необходимости иссечение патологически измененных тканей с последующим восстановлением жевательной поверхности (коронки) зуба;
- выдачу рекомендаций по срокам повторного обращения.

Мне разъяснено, что процесс препарирования – удаления пораженных тканей зуба с помощью бора, может измениться диагнозом в следствие глубокого кариозного поражения. В таком случае, мне будет проведено эндодонтическое лечение корневых каналов.

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. Лечение зубов, терапевтическое вмешательство в которых было произведено ранее в других лечебных учреждениях имеют наименее благоприятный прогноз. Я, поставлен (а) в известность о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении.

Врач 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, проведения хирургических операций в области корней зубов (для устранения воспалительного процесса), удаления зуба.
- Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может разрушить (перфорировать) стенку корня зуба. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба в перспективе.
- При перелечивании (ранее леченных) корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, и зависит от возможности безопасного и полного удаления старой корневой пломбы, металлического штифта из корневого канала; невозможностью прохождения каналов на всю длину и воздействия на микроорганизмы внутри канала (повышенная кальцификацией корневых каналов, особенности строения каналов).
- При лечении искривленных корневых каналов и каналов, имеющих анатомические особенности строения и количества, процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня увеличивается, это влияет на прогноз успешности лечения.

– Другие осложнения, требующие госпитализации и проведения стационарного лечения.

Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии. Для предотвращения подобных последствий, необходимо проведение диагностического исследования «Компьютерная Томография», как наиболее информативного.

Мне врач объяснил, что после лечения корневых каналов, форма зуба восстанавливается пломбой, или пломбой и штифтом. Однако, в подавляющем большинстве случаев, после проведения лечения каналов, имеются показания (отсутствие твердых тканей зуба, разрушение коронковой части зуба на 1/2 и более), для **восстановления зуба вкладкой**, с последующим **покрытием ортопедической коронкой для сохранения** зуба. Я понимаю, что игнорирование данных рекомендаций врача, отражается на качестве достигнутых результатов лечения и не позволяет дать прогноз о сроке службы пломбы и гарантировать сохранение функции зуба.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения. Я беру ответственность за выполнение всех назначений, а так же обязуюсь обеспечить своевременное посещение всех необходимых осмотров у врача (по графику, обговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии и медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время и предоставил(а) всю информацию, касающуюся моего здоровья.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному варианту лечения. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме. Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата “ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_

Образец