

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

Эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов)

1. Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований: статей 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункта 14, 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП РФ от 04.10.2012 года № 1006); ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
2. Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом** добровольного информированного **согласия пациента в письменной форме**.
3. Согласно ч. 2 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 в отношении лица, не достигшего возраста 15 лет, согласие на медицинское вмешательство дает один из его родителей либо иной законный представитель.¹

¹ Уважаемые родители, в силу ст. 63, 64 СК РФ, ст. 28 ГК РФ информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство не может быть подписано бабушкой, дедушкой, тетей и прочими родственниками, не являющимися законными представителями детей. Принимать решения относительно здоровья ребенка, не достигшего возраста 15 лет, могут только его законные представители.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе _____
и необходимости проведения эндодонтического лечения зубов _____ в соответствии с
Предварительным планом лечения.

Цели лечения: удаление возбудителей инфекции из корней, продление срока службы пораженного зуба.

Абсолютные противопоказания к лечению:

- сильное разрушение пародонта, когда невозможно сохранить зуб;
- пораженный зуб является сверхкомплектным;
- перелом корня;

Относительные противопоказания к лечению: наличие пломбировочного материала в ранее леченых корневых каналах.

Методы лечения и возможные варианты видов медицинских вмешательств:

- Механическая обработка корневых каналов: использование инструментов для удаления мягких и твердых тканей и бактерий из корневых каналов.
- Использование химических растворов: например, натриевого гипохлорита для дезинфекции корневых каналов.
- Внутреннее применение антисептических препаратов: например, хлоргексидина.
- Использование медикаментов: для Временной пломбировки каналов, для контроля воспаления и боли.
- Заполнение корневых каналов: obturация гуттаперчей.
- Мониторинг и контроль: регулярные контрольные осмотры для отслеживания эффективности лечения и выявления возможных осложнений.

Возможные риски и осложнения:

1. Попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани, полости и каналы;
2. Перфорация дна или стенок полости зуба во время механической обработки полости зуба, в ходе поиска и расширения корневых каналов;
3. Вертикальная трещина корня зуба во время механической обработки корневых каналов при их повторном лечении (т.е. удалении старой корневой пломбы) и/или пломбировании корневых каналов;
4. Фрагментация эндодонтических инструментов во время механической обработки и пломбирования узких, искривленных, кальцифицированных корневых каналов и при их повторном лечении (т.е. удалении старой корневой пломбы);

5. Невозможность удаления старого пломбировочного материала либо штифта, либо иного инородного тела из корневого канала;
6. Даже при успешном завершении эндодонтического лечения зуб может подвергнуться новому кариозному разрушению, что приведет к необходимости повторного лечения корневых каналов либо к удалению зуба.
7. Возможно изменение цвета пломбы при употреблении в первые сутки после лечения в пищу продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свекла, вишня и т.д.).
8. В процессе проведения эндодонтического лечения возможны осложнения, связанные с проведением анестезии, а также с применением медикаментов.
9. Постпломбировочная боль (болезненные ощущения при накусывании на зуб) и повышенная чувствительность зуба после лечения – как правило, проходят в течение 2-4 недель.
10. «Гипохлоритовая авария» - выведение раствора гипохлорита натрия за пределы верхушки корня, вызывающего боль, отек мягких тканей, появление гематомы, потенциальную парестезию (нарушение чувствительности).

Осложнения 1-4 вызваны объективной невозможностью заранее точно установить строение зуба (количество каналов может быть от 1-8), локализацию каналов в зубе. Кроме того, с возрастом количество и расположение каналов в зубах человека может меняться.

В редких случаях возможна ситуация, когда боль в области зуба не проходит даже при соблюдении стандарта эндодонтического лечения и при наличии рентгенологически подтвержденного успеха лечения. Как правило, это свидетельствует о **нестоматологическом (не связанном с зубами) происхождении болевого синдрома**. Пациент, в этом случае, направляется лечащим врачом к иным специалистам (неврологу, кардиологу, эндокринологу и др.).

Предполагаемые результаты и прогнозы: Положительный результат эндодонтического лечения заключается в исчезновении воспаления на верхушке корня и проявляется в период от 3-х до 12-ти месяцев. Успех лечения периодонтита при первичном лечении зубов в среднем составляет 70-80%. Зуб пролеченный по диагнозу «периодонтит» требует рентгенологического контроля не менее 2 раз в год.

Возможные последствия отказа от предложенного лечения: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Альтернативные методы лечения: удаление пораженного зуба; отсутствие лечения как такового.

Рекомендации пациенту: своевременное регулярное прохождение профилактических осмотров, рентгенологического исследования и профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальным графиком, составленным врачом.

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

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Перелечивание корневых каналов. Я соглашаюсь с тем, что при перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается (вероятность вышеперечисленных осложнений увеличивается), значителен риск невозможности удаления старой корневой пломбы или металлического штифта из корневого канала, поломки инструментов и перелома корня, что потребует соответствующего лечения, в том числе удаления зуба и необходимости протезирования. Я соглашаюсь с тем, что при перелечивании каналов корней зуба гарантийные обязательства (гарантийный срок и срок службы) на услуги по эндодонтическому лечению не устанавливаются. При протезировании таких зубов под гарантийным случаем подразумевается какой – либо дефект на изготовленных коронках, связанный с нарушением технологии их изготовления. Любые осложнения перелеченных корней под коронками - переломы, вторичный кариес, воспаления окружающих тканей – не являются гарантийным случаем, и изготовление новой ортопедической конструкции после удаления перелеченного корня производится по полной стоимости.

Я соглашаюсь с необходимостью обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения, в противном случае возможно потерять зуб, либо потребуются повторное лечение корневых каналов.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и его нужно защитить от перелома установлением коронки.

Обезболивание. Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта: от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости. Мне разъяснено, что анестезия может привести к аллергии, анафилактическому шоку, травматизации нервных окончаний. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать гематому, отечность десны, ограничение открывания рта. Мне разъяснено, что обезболивание затруднено: при остром пульпите; при выраженном стрессе; в области существующего воспаления; в области зубов нижней челюсти; после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков или антибиотиков.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение. Я информирован(а) о противопоказаниях рентген обследования.

Мне сообщено, что при рентгенологическом обследовании соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь с тем, что ожидаемый мной положительный результат эндодонтического лечения не гарантирован. Однако мне гарантировано лечение квалифицированным специалистом, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением методик, и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь права на гарантию.

Я соглашаюсь с тем, что при перелечивании каналов корней зуба гарантийные обязательства (гарантийный срок и срок службы) на услуги по эндодонтическому лечению не устанавливаются.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мной заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты Пациента, и понимаю, что его подписание влечет правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для осуществления эндодонтического лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента (законного представителя):

ФИО _____

«_____» _____ 20____ г.

Подпись врача:

ФИО _____

«_____» _____ 20____ г.