Стоматологическая клиника
РУСДЕНТ

127474, г. Москва, Бескудниковский бульвар д. 6, корпус 2
Тел. 8 (495) 707-64-87

ПРИЛОЖЕНИЕ

к медицинской карте стоматологического больного

В соответствие со статьей 20 Федерального закона РФ от 21.11.11г. №323 «Об охране здоровья граждан» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:

ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (лечение корневых каналов)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем эндодонтическом лечении (лечении каналов корней зуба) и что я согласен(на) с предложенными мне условиями проведения. Я понимаю, что необходимо выполнить механическую и медикаментозную обработку каналов корней зуба и запломбировать их для устранения инфекционного процесса. Данная информация мне понятна у меня было достаточно времени для обсуждения интересующих меня вопросов. Я соглашаюсь с тем, что эндодонтическое лечение будет проводить врач-стоматолог: _____

_____.

(Фамилия, имя, отчество и подпись врача)

Этот документ содержит необходимую для меня информацию для того, чтобы я был(а) ознакомлен(а) с предлагаемым мне лечением и мог(ла) бы отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий Диагноз: (нужное отметить)

-хронический апикальный периодонтит_____;

-хронический пульпит_____

Последствиями отказа от данного вида лечения могут быть: прогрессирование заболевания развитие инфекционных осложнений нарастание болевых ощущений, образование кисты челюсти потеря зуба, а также системные проявления заболевания. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба и отсутствие лечения как такового. Не смотря на то, что эндодонтическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что оно является биологической процедурой и поэтому не может со стопроцентной вероятностью иметь гарантию на успех.

Доктор понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время и после лечения каналов корней зубов, а именно:

1. По статистическим данным в 5-10 % случаев эндодонтическое лечение пульпита не имеет успеха, что может потребовать повторного лечения каналов корней зуба в будущем проведения хирургической операции, а также – удаления зуба.

2. Во время лечения каналов корней зуба может произойти поломка эндодонтического инструмента, что может повлечь за собой невозможность его извлечения из канала корня. Эндодонтический инструмент может также перфорировать стенку корня зуба. Данные осложнения возникают крайне редко, тем не менее, они могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба.

3. При повторном лечении каналов корней зуба (с диагнозом периодонтит), вероятность успеха эндодонтического лечения значительно снижается до 60-80%, что связано с невозможностью удалить из канала корня пломбировочный материал или металлический штифт, а также с выраженным сужением каналов корней за счет отложения солей кальция, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация корня, поломка инструментов).

4. При лечении каналов искривленных корней также имеется более высокий процент поломки инструментов перфораций и переломов корня.

Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтического лечения.

Если возникает необходимость лечения каналов корней зуба, покрытого искусственной коронкой, то при создании доступа к каналам корней зуба может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции, в том числе в тех случаях, когда зуб является опорой мостовидного протеза. При снятии ортопедических конструкций возможны необратимые повреждения, как зубов, так и ортопедической конструкции.

При успешном завершении эндодонтического лечения нельзя дать гарантии, что данный зуб не подвергнется в будущем кариозному процессу или перелому.

Доктор также объяснил мне необходимость обязательного ортопедического восстановления зуба коронкой после проведения эндодонтического лечения, в противном случае возможен перелом зуба.

Мне было объяснено, что в отдельных случаях, эндодонтическое лечение терпит неудачу, в результате чего зуб может быть удален. Я был(а) информировала) и

понимаю что эндодонтическое лечение – сложный и длительный процесс. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Я даю согласие на проведение местного обезболивания и на все медицинские действия, которые врач сочтет необходимым провести для улучшения моего состояния в процессе лечения.

Я информировал(а) врача и дал(а) полную оценку своему общему состоянию здоровья. Также я сообщил(а) обо всех предшествующих аллергических или необычных реакциях на лекарственные препараты и средства местного обезболивания продукты питания укусы насекомых пыльцу растений, кровь, пыль и предметы обихода; сообщил(а) об особенностях кровотечения при травме, а также о других особенностях связанных с моим здоровьем.

Я разрешаю использовать информацию о своем заболевании в научных целях, учебном процессе и для публикации в научной литературе в соответствии со статьей №61 Основ о врачебной тайне.

Я даю согласие на фотографию, видеосъемку и проведение рентгенологического контроля эндодонтической процедуры, которые будут выполнены для определения качества обтурации каналов корней зуба прогнозирования результатов лечения и обеспечения полной медицинской информацией обо мне.

Я удостоверяю своей подписью следующие факты:

- данный документ мною внимательно изучен и мне полностью понятен;
- я понимаю назначение данного документа;
- я подтверждаю свое согласие на проведение эндодонтического лечения с учетом названных обстоятельств.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

«____»_____20____г.

_____

(Фамилия, имя, отчество и подпись пациента)

_____

(Фамилия, имя, отчество и подпись врача)