Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство
(проведение эндодонтического лечения - лечение корневых каналов зуба)

Я,_____
Ф.И.О. пациента

в соответствии с требованиями ст.20 Федерального закона « Об основах охраны здоровья граждан в РФ», **даю информированное добровольное согласие** на медицинское вмешательство в АУЗ УР «РСП МЗ УР»:

проведение эндодонтического лечения - лечения корневых каналов зуба.

Лечащим врачом-специалистом АУЗ УР «РСП МЗ УР» в доступной для меня форме мне разъяснены:

Цели оказания медицинской помощи:

– сохранение пораженного зуба;

– пломбирование корневых каналов зуба с целью предупреждения дальнейшего развития патологического процесса;

Методы оказания медицинской помощи:

лечение пульпита, периодонтита зуба может проводиться под местной анестезией. При лечении проводится удаление пораженных твердых тканей зуба с использованием бормашины и боров, механическая и медикаментозная обработка корневых каналов с использованием эндодонтических моторов, эндодонтических инструментов, пломбирование корневых каналов зуба, «корневая» пломба. **Следующим этапом** лечения могут быть: временное или постоянное пломбирование зуба в зависимости от степени разрушения, восстановление (реставрация) формы зуба различными пломбировочными материалами или ортопедическими конструкциями.

В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия (анестетика) я доверяю медицинскому работнику, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые лекарственные препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии.

Связанный с методом риск.

В процессе эндодонтического лечения и после него возможны следующие осложнения:

– аллергические реакции;

– поломка эндодонтического инструмента внутри канала и невозможность его извлечения;

– боль после пломбирования;

– появление отека;

– при возникновении воспалительного процесса в периодонте, проведение хирургического вмешательства (удаление зуба, разрез);

– перфорация стенки корня зуба или дна полости зуба;

– выведение пломбировочного материала за верхушку корня зуба;

– выведение пломбировочного материала в полость гайморовой пазухи или нижнечелюстного канала;

– неэффективное лечение корневых каналов от 5-10% случаев связано с анатомическим строением зуба (изогнутые или атипичные по строению корни, облитерация корневых каналов, дентикл;)
– временный дискомфорт в области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц;
– после эндодонтического лечения корневых каналов зуб становится «хрупким», возможен скол стенки зуба, вертикальный перелом корня;

Возможные варианты медицинского вмешательства:

– корневые каналы зуба могут быть запломбированы пастой, гуттаперчей (методом одного штифта, латеральной компакцией, термофилом, вертикальной компакцией), наложение «корневой» пломбы;
– в зависимости от локализации и величины поражения кариозным процессом тканей зуба возможно восстановление формы зуба различными пломбировочными материалами: композитами химического, светового отверждения,цементами,стеклоиномерными цементами;
– восстановление анатомической формы зуба возможно пломбой, коронкой;
– при значительном разрушении коронки зуба могут потребоваться внутриканальные штифты, ортопедические методы лечения (вкладки, коронки), возможна постановка временной пломбы.

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

Последствия отказа от лечения: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление, либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Последствиями отказа от восстановления коронки зуба(-ов) после проведенного (ранее выполненного) эндодонтического лечения могут быть: ухудшение эстетики, перелом коронки зуба, потеря зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, нарушение функции речи и жевания, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология и т.д.

Предполагаемый результат оказания медицинской помощи:

– пломбирование корневых каналов зуба; восстановление анатомической формы и функции зуба
– после эндодонтического лечения (лечения корневых каналов) зуб становится «хрупким», его необходимо покрыть коронкой;
– при перелечивании ранее запломбированных корневых каналов результат лечения снижается или может быть не достигнут при: плохой проходимости;искривлении каналов;невозможности удаления старой корневой пломбы, опорного штифта;

При лечении корневых каналов результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов, с соблюдением утвержденных стандартов и клинических рекомендаций и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я информирован(-а) о необходимости строго следовать этапам лечения, важности соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также

необходимости полного восстановления целостности зубных с помощью ортопедических конструкций, эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, добросовестного выполнения всех рекомендаций медицинского работника.
Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я согласен(-на) с тем, что **итоговый результат лечения может отличаться от ожидаемого мною результата .**
Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Лечащим врачом даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:
_____
_____

Дата оформления информированного добровольного согласия: «_____»_____ 20___ г.

Пациент : _____ /_____
(подпись) (расшифровка)
Лечащий врач: _____/_____
(подпись) (расшифровка)

Я даю информированное добровольное согласие <u>по форме и содержанию, подписанного мною ранее, _____</u>
на предложенное мне медицинское(-ие) вмешательство(-а): эндодонтическое лечение зуба(-ов)/ лечение корневых каналов <u>следующих зубов:</u>

Дата	Номер зуба (ВОЗ)	Поверхность	Диагноз (МКБ-10)	Ф.И.О. и подпись медицинского работника	подпись пациента