Добровольное информированное согласие пациента на эндодонтическое лечение в ООО «Стоматология на Игримской»

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 4,5,20,21,22,23,27 ФЗ №323 от 21.11.11г «Об охране здоровья граждан Российской Федерации», Законом о защите прав потребителей, ФЗ №326 от 29.11.10г.

Я, _____

Проинформирован(-а) о том, что лечение проводит врач-стоматолог-терапевт или врач-стоматолог, я доверяю квалификации врача.

Я подтверждаю достоверность предоставленной врачу информации о состоянии моего здоровья, наличии заболеваний и аллергических реакций.

Врач сообщил и разъяснил мне в доступной форме всю информацию о диагнозе и сути лечения, а также о том, что уточнение диагноза допускается в процессе лечения.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, план и сроки лечения, количество посещений и я согласен(-а), что допускается коррекция намеченного плана, технологий, сроков лечения и количества посещений в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения, о чем врач уведомит меня дополнительно.

Я ознакомлен(-а) с возможными альтернативными вариантами лечения, а именно: удаление пораженного зуба (зубов); непроведение лечения.

Я предупреждён(-а) о возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа мною от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление, нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; нарушение общего состояния здоровья.

Я предупреждён(-а) о возможных осложнениях под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей; кровоизлияние в месте укола; снижение внимания; аллергические реакции.

Я предупреждён(-а) о возможных последствиях приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов.

Я предупреждён(-а), о возможных рисках и осложнениях во время и после эндодонтического лечения, а именно что:

- существует определенный процент неэффективного эндодонтического лечения (5-10%) по причине его медицинской специфики, индивидуальных особенностей строения корневых каналов зубов у конкретного пациента и состояния здоровья пациента в целом. В таком случае, через некоторое время потребуется перелечивание корневых каналов зуба или проведение хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба;

Добровольное информированное согласие пациента на эндодонтическое лечение в ООО «Стоматология на Игримской»

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 4,5,20,21,22,23,27 ФЗ №323 от 21.11.11г «Об охране здоровья граждан Российской Федерации», Законом о защите прав потребителей, ФЗ №326 от 29.11.10г.

Я, _____

Проинформирован(-а) о том, что лечение проводит врач-стоматолог-терапевт или врач-стоматолог, я доверяю квалификации врача.

Я подтверждаю достоверность предоставленной врачу информации о состоянии моего здоровья, наличии заболеваний и аллергических реакций.

Врач сообщил и разъяснил мне в доступной форме всю информацию о диагнозе и сути лечения, а также о том, что уточнение диагноза допускается в процессе лечения.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, план и сроки лечения, количество посещений и я согласен(-а), что допускается коррекция намеченного плана, технологий, сроков лечения и количества посещений в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения, о чем врач уведомит меня дополнительно.

Я ознакомлен(-а) с возможными альтернативными вариантами лечения, а именно: удаление пораженного зуба (зубов); непроведение лечения.

Я предупреждён(-а) о возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа мною от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление, нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; нарушение общего состояния здоровья.

Я предупреждён(-а) о возможных осложнениях под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей; кровоизлияние в месте укола; снижение внимания; аллергические реакции.

Я предупреждён(-а) о возможных последствиях приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов.

Я предупреждён(-а), о возможных рисках и осложнениях во время и после эндодонтического лечения, а именно что:

- существует определенный процент неэффективного эндодонтического лечения (5-10%) по причине его медицинской специфики, индивидуальных особенностей строения корневых каналов зубов у конкретного пациента и состояния здоровья пациента в целом. В таком случае, через некоторое время потребуется перелечивание корневых каналов зуба или проведение хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба;

• возможна поломка инструмента (файла) внутри корневого канала, и невозможность его извлечения, ввиду сложной анатомической формы каналов, индивидуальной у каждого пациента. В случае поломки и заклинивания инструмента в канале зуба, врач определяет целесообразность извлечения его из канала или принимает решение оставить его в канале, предупредив пациента о возникшей ситуации;

• при перелечивание ранее запломбированных каналов зуба успех лечения значительно снижается, что связано с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлический штифт; с сильной калификацией корневых каналов, что в некоторых случаях повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента); с искривлением корневых каналов;

• при перелечивание зуба, покрытого коронкой, или являющегося опорой для зубного протеза (съемного или несъемного) возникнет необходимость снятия коронки или всей конструкции несъемного протеза, что может привести к перелому и к удалению зуба(-ов); в некоторых случаях может быть предложено эндодонтическое лечение через отверстие в искусственной коронке, которое после лечения будет закрыто пломбировочным материалом;

• возможны возникновение дискомфорта, болей при накусывании на зуб, отёчность десны в области пролеченного зуба или лица после лечения, тризм (ограничение открывания рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше, что потребует назначения дополнительных лечебных мероприятий. Я понимаю, что в таком случае мне необходимо незамедлительно явиться на приём к лечащему врачу и действовать далее согласно полученным рекомендациям.

Я предупреждён(-а), что для достижения положительного результата эндодонтического лечения, в сроки рекомендованные лечащим врачом, мне необходимо восстановить коронковую часть зуба пломбой, вкладкой и (или) коронкой, в зависимости от исходной клинической ситуации и степени разрушения твёрдых тканей зуба.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных мероприятий, рекомендованных лечащим врачом и занесённых в мою амбулаторную карту.

Мне сообщено, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: рентгенологическое обследование (прицельный детальный снимок, ОПТГ, КЛКТ); консультация стоматолога(-ов) иного профиля; консультация у врача(-ей) общего профиля.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено врачом, оно полностью мне понятно.

Я даю согласие на лечение на предложенных условиях, что я и удостоверяю своей подписью.

Врач: _____/ Пациент: _____/_____ /

(ФИО) (подпись)

Дата «___» _____ 20__г.

• возможна поломка инструмента (файла) внутри корневого канала, и невозможность его извлечения, ввиду сложной анатомической формы каналов, индивидуальной у каждого пациента. В случае поломки и заклинивания инструмента в канале зуба, врач определяет целесообразность извлечения его из канала или принимает решение оставить его в канале, предупредив пациента о возникшей ситуации;

• при перелечивание ранее запломбированных каналов зуба успех лечения значительно снижается, что связано с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлический штифт; с сильной калификацией корневых каналов, что в некоторых случаях повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента); с искривлением корневых каналов;

• при перелечивание зуба, покрытого коронкой, или являющегося опорой для зубного протеза (съемного или несъемного) возникнет необходимость снятия коронки или всей конструкции несъемного протеза, что может привести к перелому и к удалению зуба(-ов); в некоторых случаях может быть предложено эндодонтическое лечение через отверстие в искусственной коронке, которое после лечения будет закрыто пломбировочным материалом;

• возможны возникновение дискомфорта, болей при накусывании на зуб, отёчность десны в области пролеченного зуба или лица после лечения, тризм (ограничение открывания рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше, что потребует назначения дополнительных лечебных мероприятий. Я понимаю, что в таком случае мне необходимо незамедлительно явиться на приём к лечащему врачу и действовать далее согласно полученным рекомендациям.

Я предупреждён(-а), что для достижения положительного результата эндодонтического лечения, в сроки рекомендованные лечащим врачом, мне необходимо восстановить коронковую часть зуба пломбой, вкладкой и (или) коронкой, в зависимости от исходной клинической ситуации и степени разрушения твёрдых тканей зуба.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных мероприятий, рекомендованных лечащим врачом и занесённых в мою амбулаторную карту.

Мне сообщено, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: рентгенологическое обследование (прицельный детальный снимок, ОПТГ, КЛКТ); консультация стоматолога(-ов) иного профиля; консультация у врача(-ей) общего профиля.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено врачом, оно полностью мне понятно.

Я даю согласие на лечение на предложенных условиях, что я и удостоверяю своей подписью.

Врач: _____/ Пациент: _____/_____ /

(ФИО) (подпись)

Дата «___» _____ 20__г.