



«Наша стоматологическая клиника руководствуется ФЗ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ», Приказами Минздравсоцразвития РФ № 390н от 23 апреля 2012 года и Минздрава РФ № 1051н от 12.11.2021 года и современными нормами медицинской этики. Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента».

Общество с ограниченной ответственностью «Стоматолог и Я»

**Информированное добровольное согласие на терапевтическое лечение зубов** (лечение всех форм кариеса и некариозных поражений зубов, эндодонтическое лечение, лечение тканей, окружающих зуб с использованием анестезии)

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО), дата рождения \_\_\_\_\_ зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_

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

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО), паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_, Зарегистрированный/ая по адресу: \_\_\_\_\_, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_ (ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

даю добровольное согласие на проведение мне/моему подопечному терапевтического лечения зубов. Мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, сроках и стоимости, гарантиях и сроках службы, потенциальных рисках и осложнениях, а также альтернативных методах лечения и что я согласен (согласна) с назначенными условиями его проведения.

На проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю любого из врачей-стоматологов: Попов Павел Васильевич, Попов Кирилл Павлович, Чудиновских Юлия Сергеевна.

В исключительных случаях (н-р, болезнь врача), Клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения, а именно:

- Диагноз (указан в лечебной карте).
- Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
- Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе проведения лечения. Врач обосновал необходимость проведения терапевтического лечения зубов и последствия отказа.

Последствиями отказа от терапевтического лечения зубов могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений (как местных, так и общих), появление или нарастание болевых ощущений, потеря зубов, нарушение функции жевания и речеобразования, косметические дефекты.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Основными альтернативными методами являются: 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, а также рентгенологическое исследование.

В случае проведения обезболивания, 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 применяемой анестезии. Мне понятно, что **местная инъекционная анестезия** имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (вколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма. Последствиями отказа от данной операции могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области.

Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений. Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я информирован о том, что в этих случаях, при моем правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Т.к. в этом случае он не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги (ФЗ «О защите прав потребителей») и нарушает право пациента на гуманное отношения при оказании медицинской помощи (ч.5. ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Кроме того, врач разъяснил необходимость проведения рентгенологического исследования (в т.ч. для диагностики и контроля качества лечения), объяснил цель и суть данной методики, а также получил мое согласие на его проведение.

Мне объяснены принципы лечения 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 и функции зуба; предупреждение развития патологических процессов и осложнений; Мне понятно, что глубокий кариозный процесс может привести к необратимому воспалению сосудисто-нервного пучка(пульпы) зуба. В данной ситуации врач будет вынужден провести эндодонтическое лечение корневых канала(ов). Это усложняет и повышает стоимость лечение зуба.

Мне разъяснено, что в процессе препарирования зуба (удаления пораженных тканей с помощью бора), может измениться диагноз и тактика лечения.

Окончательный вариант реставрации зуба выбирается только после удаления старых пломб и разрушенных тканей зуба. Выбор метода реставрации зависит от объема разрушений зуба. При значительной потере твердых тканей зуба вследствие кариозного процесса может

потребуется восстановление зуба вкладкой (композитная, керамическая) или коронкой.

Я осведомлен о возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после лечения, в т.ч. после реставрации зуба возможно появление нарастающих болезненных ощущений, при которых врач будет вынужден провести эндодонтическое лечение; обострение заболевания может возникнуть и в более отдаленные сроки, это тоже приведет к эндодонтическому лечению; при эндодонтическом лечении возможно появление болевых ощущений при накусывании и жевании.

Я поставлен(а) в известность, что **эндодонтическая терапия** (лечение каналов зубов) имеет высокий процент клинического успеха, однако, как любая медицинская манипуляция, является вмешательством в биологический организм и существуют обстоятельства, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, возможных осложнениях во время и после лечения, в том числе:

– имеется определенный процент (5-10 %) неудач эндодонтического лечения, и в дальнейшем может потребоваться: повторное лечение корневых каналов, проведение хирургических операций в области корней зубов (для устранения воспалительного процесса), удаление зуба.

Я понимаю, что при обнаружении некачественного предыдущего лечения корневых каналов, с целью сохранения зуба и предупреждения возможных осложнений, проводится распломбировка корневых каналов, временная их пломбировка противовоспалительным материалом, пломбировка каналов постоянным материалом. Прохождение предварительно запломбированных корневых каналов требует особого мастерства врача, использование дополнительного инструментария и материалов, а также особых затрат времени. При этом успешный результат зубосохраняющего лечения невозможно предсказать со 100% уверенностью, в связи с:

- сложной анатомией строения системы каналов
- невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо инородное тело из корневого канала
- плохой проходимость корневых каналов, что приводит к ослаблению твердых тканей зуба и повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов, возникновения трещин)
- резистентностью микрофлоры корневых каналов к антисептическим препаратам.

Во время и после проведенного лечения корневых каналов могут возникнуть следующие осложнения:

- ощущение дискомфорта после лечения может продолжаться от нескольких дней до нескольких недель, по поводу чего врач назначит соответствующее медикаментозное лечение, если сочтет это нужным.
- отек десны в области пролеченного зуба, или лица после лечения, который может сохраниться в течение нескольких дней или больше и потребовать соответствующего медикаментозного лечения или хирургического вмешательства.
- во время лечения корневых каналов, особенно искривленных, возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба или вызвать необходимость применения других манипуляций;
- если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение). Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению
- преждевременная потеря зуба вследствие прогрессирования заболевания.
- даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Я понимаю, что на любом этапе лечения может возникнуть необходимость хирургического лечения зуба (резекция верхушки корня, ампутация корня, гемисекция и другие методы периапикальной хирургии).

Я также понимаю, что в случае неудачного результата эндодонтического лечения возникнет необходимость удаления причинного зуба и, как следствие этого, изменение плана протезирования в соответствии с данной клинической ситуацией.

Я предупрежден(а) о необходимости обязательного восстановления коронковой части зуба в установленные сроки после проведения эндодонтического лечения, а также о необходимости протезирования, в противном случае лечение зуба может потерпеть неудачу. Врач объяснил, что после лечения корневых каналов, для восстановления коронки зуба существует несколько методов: реставрация; реставрация, армированная стекловолоконным(ми) или титановым(ми) штифтом(ами), покрытие коронкой; культевая вкладка, покрытая коронкой. Игнорирование рекомендаций врача о способе сохранения зуба, отражается на качестве достигнутых результатов лечения и не позволяет определить прогноз лечения, срок службы пломбы и гарантировать сохранение самого зуба в дальнейшем.

Мне названы и со мной согласованы: технология, методы и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

Я понимаю, что профилактические осмотры с рентгенологическим исследованием — неотъемлемая часть лечебного процесса, увеличивающая сроки службы реставраций и зубопротезных конструкций. Профилактический осмотр помогает выявить дефекты зубов или конструкций, провести дополнительную диагностику, своевременное лечение или коррекцию.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на стоматологические услуги и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать.

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. Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с протоколом процедуры.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.5 ст.19 ФЗ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (не нужно зачеркнуть),

\_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Я прочитал(а) данное согласие, понимаю его смысл, принимаю данные факты и настоящим уполномочиваю провести мне необходимое терапевтическое лечение (кариеса и некариозных поражений зубов, эндодонтическое лечение, лечение тканей, окружающих зуб, с использованием анестезии или без нее на усмотрение врача-стоматолога).

Дата	Вид вмешательства	№ зуба	Подпись пациента/законного представителя	Подпись врача

