

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (Эндодонтическое лечение)

Этот документ в соответствии со ст. 20, 22, 23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, <КЛИЕНТ_ФИО>,

обращаюсь в ООО «ЮТЭЛИ» для оказания мне стоматологической помощи. Этот документ подтверждает, что я ознакомился(-лась) с предлагаемым планом лечения, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) отказаться от лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Доктор поставил мне следующий диагноз: _____

(заполняется врачом)

Я проинформирован(-а) о необходимости лечения корневых каналов (эндодонтическое лечение). Мне известно, что эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для дезинфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата. Положительный результат эндодонтического лечения в виде исчезновения воспаления в области верхушки корня проявляется в период от шести месяцев до двух лет.

Врач понятно объяснил мне метод лечения и все возможные осложнения, предложенного лечения и последствия, которые могут возникнуть при предложенном лечении, а именно:

- ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты, если сочтет это нужным;

- 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;- даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному

разрушению и перелому в будущем. При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения снижается, что связано:

- с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо инородное тело из корневого канала;

- с плохой проходимостью корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов).

- с резистентностью микрофлоры корневых каналов к антисептическим препаратам.

Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии. Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

Я информирован, что следствием отказа от предложенного лечения могут быть:

- прогрессирующее настоящее заболевание,
- образование кисты,
- появление, либо нарастание болевых ощущений;
- потеря зуба(ов),
- развитие инфекционных осложнений,
- системные проявления заболевания, что в итоге может неблагоприятно повлиять на мое здоровье, ухудшить качество жизни.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, по усмотрению врача, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки). Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения

Мне известно, что эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, она является биологической процедурой. Биологические процессы, не подконтрольны в 100% случаев воле человека, и зависят от индивидуальных особенностей моего организма, клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений, поэтому понимаю, что данная процедура не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Я получил (-а) от врача всю интересующую меня информацию о возможных альтернативных методах лечения их недостатках и преимуществах до начала лечения.

Я информирован (-на), что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции, его расширение, уменьшение или отказ от запланированного плана и объема.

Я осознаю, что возможно изменение объемов и сроков лечения в процессе эндодонтического вмешательства. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Мне доступно разъяснены возможные отрицательные последствия отказа от данного медицинского вмешательства, и Я полностью понимаю все возможные последствия такого отказа, исходящего от меня, если лечение не будет проведено.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться 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.

Я предупрежден(-а) о факторах риска и понимаю, что проведение данного анестезиологического медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечнососудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода в виде летального.

Я информирован (-а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений:

- аллергические реакции организма на медикаментозные препараты;
- обморок, коллапс, шок;
- травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности;
- невралгиями и пост инъекционными гематомами.

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией моего организма на него. Введение раствора проводится при помощи иглы, что может сопровождаться травмой мягких тканей и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограниченное открывание рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание может быть затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. При этом я информирован (-а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. 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»).

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я информирован о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности.

Я информирован, что клиника оснащена всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи.

Я информирован(-а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантомограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) 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 повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу. Я информирован(-а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность на протяжении всего срока и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с

большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Мне сообщено, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях: движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.) необходимо выполнение повторного рентгеновского снимка. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок. Для практически здоровых лиц годовая эффективная доза при проведении профилактических медицинских рентгенологических процедур и научных исследований не должна превышать 1 мЗв (1000μЗв). 1 обследование КТ -80μЗв, ОПТГ-80μЗв, RVG(прицельный)-до 12μЗв.

Мне сообщена и доступно разъяснена информация, что на стоматологическую услугу –эндодонтического лечения устанавливается гарантийный срок и срок службы в размере 30 дней в связи с тем, что эти медицинские услуги (лечебные манипуляции) являются комплексом медицинских манипуляций (вмешательств) не имеющих материального результата.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению. Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского специалиста, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я понимаю, что невозможно точно установить сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека, и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания медицинской помощи.

Я информирован, что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого терапевтического лечения. Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня(представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

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

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом, являющимся приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг и неотъемлемой частью амбулаторной карты (ф.043У).

Подпись пациента _____ /<КЛИЕНТ_ФИО>/

«___» _____ 20__ г

Подпись доктора _____ / _____ / «___» _____ 20__ г