Информированное добровольное согласие на лечение кариеса, проведение эндодонтического лечения в ООО «Смайл Сити».

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения\_\_\_\_,

зарегистрированный по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю согласие на оказание медицинской помощи в ООО «Смайл Сити».

Я получил(а) от моего лечащего врача – стоматолога\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении.

Врач сообщил и разъяснил информацию о сути лечения, установил диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. В процессе лечения допускается уточнение диагноза.

Врачом рекомендован индивидуальный план лечения, однако допускается коррекция намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения: кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, и может возникнуть потребность в эндодонтическом лечении.

Мне разъяснены возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения: прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); нарушение общего состояния организма и др.

Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного эндодонтического лечения: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление, нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, нарушение общего состояния организма.

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.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

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

Я предупрежден(а) о возможных осложнениях после постановки пломбы: воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, если слой дентина тонкий (глубокий кариес). В этом случае потребуется снять поставленную пломбу, пролечить каналы, поставить новую пломбу.

Возможные осложнения при эндодонтическом лечении связаны с индивидуальными особенностями строения корневых каналов зубов у конкретного пациента и состоянием его здоровья: перелечивание корневых каналов зубов через некоторое время, или проведение хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба; поломка инструмента (файла) внутри корневого канала и невозможность его извлечения.

При перелечивании ранее запломбированных каналов зуба(ов) успех лечения значительно снижается, что связано с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлический штифт, сильной кальцификацией корневых каналов, что в некоторых случаях повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента), искривлением корневых каналов.

Возможные осложнения при перелечивании зуба, покрытого коронкой или являющегося опорой для зубного протеза (съемного или несъемного): необходимость снятия несъемного протеза, перелом зуба, что может привести к его удалению.

После лечения и перелечивания корневых каналов необходимо восстановление верхней части зуба, т. е. постановка пломбы или коронки (по ситуации).

Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, об имеющихся заболеваниях, в том числе хронических, о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Врач сообщил и разъяснил информацию о гарантиях.

С врачом согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. Я понимаю, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

Я проинформирован(а) и понимаю, что условием эффективного лечения является выполнение плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

|  |
| --- |
|   |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |
|   |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Пациент (его законный представитель) |  |  |  |
|  | Подпись |  | ФИО |
| Врач – стоматолог |  |  |  |
|  | Подпись |  | ФИО |

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.