

**Добровольное информированное согласие на проведение лечения пульпита
молочного зуба/постоянного несформированного зуба в ООО «НИКОР- 2»**

Я, _____, дата рождения _____

зарегистрирован(а) по адресу: _____

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

Я, _____ (ФИО), _____ паспорт _____, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным _____.

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

со ст. 19-23 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю **добровольное** информированное согласие на предложенное мне либо лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство: **лечения пульпита молочного зуба(ов)/постоянного несформированного зуба(ов)** _____ (указать номер зуба, согласно международной системе ISO 3950), по поводу диагноза (наименование и код по МКБ-10)

Настоящее согласие дано ООО «Никор-2», имеющему лицензию на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-77-01-012001, выдана Департаментом здравоохранения города Москвы от 31 марта 2016 г., (далее — Клиника), на проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю врача

Я получил(а) подробные объяснения в понятной и доступной форме по поводу моего заболевания/ заболевания моего подопечного и рекомендованного плана лечения, целей, методов оказания медицинской помощи, связанных с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствий, в том числе вероятность развития осложнений, а так же предполагаемый результат медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения, информирован(а) о его стоимости и сроках исполнения.

Целью предполагаемого лечения является: предотвращение дальнейшего разрушения тканей зуба, возникновения острой боли, потери зуба, развития некроза, гибели пульпы, предотвращение острого и хронического периодонтита (полной гибели пульпы с поражением костной ткани в области корней зуба); снижение риска развития патологического кариозного процесса других зубов; предотвращение поражения зачатка постоянного зуба (изменение цвета, формы, поражение эмали и дентина, вплоть до полной гибели зачатка постоянного зуба); сохранение и восстановление анатомической формы пораженного зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы; предупреждение развития патологических процессов и осложнений в челюстно-лицевой области.

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

Я информирован(а) об альтернативных методах лечения: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового, а так же, что данная медицинская услуга может быть оказана по программе обязательного медицинского страхования в иных медицинских организациях, в объеме и на условиях территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС.

Лечение (очагового) обратимого пульпита: **1. прямое покрытие пульпы:** после комплекса манипуляций предполагает наложение биосовместимого препарата группы «минерал триоксид агрегат» на точку сообщения с полостью зуба с его последующей изоляцией, восстановление зуба прямой (пломба) или непрямой (коронка, вкладка, накладка) реставрацией (по показаниям). **2. частичная пульпотомия:** после комплекса манипуляций предполагает наложение биосовместимого препарата группы «минерал триоксид агрегат» в область удалённой пульпы с его последующей изоляцией, восстановление зуба прямой (пломба) или непрямой (коронка, вкладка, накладка) реставрацией (по показаниям). **3. полная пульпотомия:** после комплекса манипуляций предполагает наложение биосовместимого препарата группы «минерал триоксид агрегат» на устье(я) (и область фуркации в многокорневых зубах) с его последующей изоляцией, восстановление зуба прямой (пломба) или непрямой (коронка, вкладка, накладка) реставрацией (по показаниям).

Возможные осложнения: воспаление межзубного сосочка и резорбция межзубной перегородки; даже при успешном завершении лечения зуб может подвергнуться новому кариозному разрушению, что приведёт к необходимости повторного лечения, лечению корневых каналов или удалению зуба; в течение нескольких лет или месяцев после лечения может развиться воспаление (необратимый пульпит или некроз) пульпы по причинам, независимым от действий врачебного персонала, что может потребовать перелечивания зуба (эндодонтического лечения); травмирование десны в процессе препарирования и/или изоляции зуба; изменение цвета коронки зуба и пломбировочного материала (реставрации); постпломбировочные боли (болезненные ощущения при накусывании на зуб) и повышенная чувствительность зуба после лечения-как правило, проходит в течение двух-четырёх недель; неприятное ощущение от различных раздражителей (холодная или горячая пища, холодный воздух, перепады давления и температур), которые со временем могут либо уменьшиться и пройти, либо перейти в стадию необратимого пульпита или некроза пульпы, которая связана с глубоким поражением внутренних структур зуба и субъективно может не беспокоить пациента или выражаться в ноющей вечерней, ночной боли вплоть до постоянной интенсивной боли и требует неотложного лечения корневых каналов.

Лечение (диффузного) необратимого пульпита: состоит из ряда манипуляций целью которых является очистка системы корневых каналов от воспалённой или некротизированной пульпы и инфицированных тканей дентина, пломбировочного материала (в случае перелечивания корневых каналов после ранее выполненного лечения). В зависимости от клинической ситуации пломбирование корневого канала производится сразу после очистки или в интервале от нескольких дней до нескольких недель. В этом случае в корневой канал помещается временно медикаментозная паста, а зуб закрывается временной пломбой для предотвращения повторного инфицирования.

Пломбирование корневого канала постоянного несформированного зуба: современные методики заключаются в создании апикального барьера (метод апексификации), то есть помещение в область незакрытой (не полностью сформированной) верхушки корня биосовместимого препарата группы «минерал триоксид агрегат» с последующей его изоляцией и плотным заполнением корневого канала специальным материалом-гуттаперчей. В зависимости от клинической ситуации пломбирование корневого канала производится сразу после очистки или в интервале от нескольких дней до нескольких недель. После завершения лечения корневых каналов обязательным этапом лечения является герметичная реставрация коронковой части зуба в течение одного месяца.

Возможные осложнения: попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани, полости и каналы; повреждение зачатка постоянного зуба во время механической обработки корневых каналов молочного зуба, выведение пломбировочного материала непосредственно к зачатку постоянного зуба, что может привести к изменению цвета коронки постоянного зуба, появлению полостей (изменение формы) в тканях коронки постоянного зуба. Перфорация дна или стенок полости зуба во время механической обработки полости зуба, в ходе поиска и расширения корневых каналов, вертикальная трещина корня зуба во время механической обработки корневых каналов при их повторном лечении (т. е. удаление старой корневой пломбы из ранее пломбированных корневых каналов. Фрагментация эндодонтических инструментов во время механической обработки и пломбирования узких, искривленных, кальцифицированных корневых каналов и при их повторном лечении (т. е. удаление старой корневой пломбы)). Невозможность удаления старого пломбировочного материала либо штифта, либо иного инородного тела из корневого канала. Даже при успешном завершении эндодонтического лечения зуб может подвергнуться новому кариозному разрушению, что приведёт к необходимости повторного лечения корневых каналов либо к удалению зуба. Возможно возникновение отёка, абсцесса и оказание помощи в условиях стационара. Вследствие утраты значительного количества твёрдых тканей зуба в процессе удаления инфицированных тканей зуба может потребоваться ортопедическое лечение (покрытие зуба искусственной коронкой, вкладкой, необходимость установления штифтовой конструкции). Постпломбировочная боль (болезненные ощущения при накусывании на зуб) и повышенная чувствительность зуба после лечения – как правило, проходит самостоятельно в течение 2-4 недель. Гипохлоритная авария- выведение раствора гипохлорита натрия за пределы верхушки корня, вызывающие боль, отёк мягких тканей, некроз.

В редких случаях возможна ситуация, когда боль в области зуба не проходит даже при соблюдении стандарта эндодонтического лечения и при наличии рентгенологически подтверждённого успеха лечения. Как правило, это свидетельствует о нестоматологическом (не связанном с зубами) происхождении болевого синдрома. Пациент в этом случае направляется лечащим врачом к иным специалистам (неврологу, кардиологу, эндокринологу и др.)

В случае проведения обезбоживания выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу. Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции и проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезбоживания.

Указать анестетик: _____

Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной процедуры могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Местная инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости в этой области.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений. Я информирован(а) и осознаю, что проведение местной анестезии у детей до 4-х лет проводится с осторожностью (до 4 лет эффективность и безопасность не определены). 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 травматизацию нервных окончаний и сосудов, проявляющуюся потерей чувствительности, невритом, нейропатией; вызвать образование внутреннего кровотечения, постинъекционной гематомы и 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, области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я понимаю необходимость рентгенологического исследования до лечения, во время лечения и после лечения, а также при проведении периодических осмотров в указанные сроки и согласен(а) на его проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования, от рентген-обследования в виде трехмерной компьютерной томографии врач не сможет провести качественную диагностику, лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций лечащего врача. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов, инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, травм, операций, принимаемых лекарственных препаратов, наркотических и токсических средств, алкоголя, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению.. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения. Я понимаю, что при изменении моего состояния или появлении новой информации о моем состоянии может появиться необходимость корректировки плана лечения для лучшего удовлетворения моих интересов, Я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач. Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Настоящим я даю согласие на проведение медицинской фото- и/или видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимаю, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью врача/Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Я разрешаю лечащему врачу, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я предупрежден(а) лечащим врачом о строгом соблюдении режима во время проведения медицинского вмешательства и после него, о необходимости профессиональной гигиены полости рта (с периодичностью 1 раз в 3-6-12 месяцев, которая определяется индивидуально и зависит от состояния зубов, уровня индивидуальной гигиены полости рта). Я понимаю необходимость регулярно приходить на профилактические осмотры, контрольные снимки зубов по графику оговоренному с врачом. Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с протоколом процедуры. Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Клиники лечащий врач вправе отказаться от дальнейшего моего лечения. Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке и сроке службы на овеществленные результаты эндодонтического лечения и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию. Сведения о выбранных мною лицах, 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 / лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(ФИО гражданина)

Подпись _____

(ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

Телефон _____

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от процедуры, либо дать свое согласие

Я подтверждаю свое добровольное согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно в присутствии лечащего врача. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Дата	Подпись пациента или законного	Подпись врача/расшифровка	Дата следующего визита (по

Подпись пациента / законного представителя _____