

ООО «СВ»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Стоматологическое терапевтическое лечение

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии с ФЗ №323-ФЗ от 21.11.11г.

1. Я _____
(Ф.И.О. пациента или законного представителя ребёнка – полностью)
настоящим даю своё согласие на проведение стоматологического терапевтического лечения мне (моему, моей несовершеннолетней (ей) сыну (дочери))

у врача стоматолога-терапевта гигиениста стоматологического _____

2. Я получил (а) от лечащего врача всю интересующую меня информации о предполагаемом лечении (процедуре). Врач в доступной мне форме разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения (процедуры).

3. Я проинформирован(а) о том, что:

3.1. В процессе и после эндодонтического лечения могут возникнуть осложнения, а именно:

- Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней (по своему усмотрению врач назначит лекарственные препараты);
- Отёчность десны в области пролеченного зуба или лица после лечения, которая может сохраниться в течение нескольких дней;
- **Тризм** (ограниченное открывание рта), которое обычно длится несколько дней, но может быть и дольше;
- В случае, если положительный результат не достигнут в следствие прогрессирования инфекционного процесса (очага) может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаление зуба;
- Переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанные с анатомическими особенностями строения зубочелюстной системы Пациента, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в пролеченном канале или может потребоваться их хирургическое удаление;
- Перфорация корневого канала, возникшая при распломбировки раннее леченого канала зуба, или лечения патологически измененного канала, что может потребовать дополнительной коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или его удаления;
- Преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта. При лечении каналов результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации с применением им качественных материалов и инструментов, соблюдения технологий (методик лечения).

3.2. После лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, по усмотрению лечащего врача появиться необходимость защитить его от перелома путем постановки коронки (вкладки).

3.3. Возможны осложнения под влиянием анестезии, а именно отёк мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции. Так же возможны осложнения при приеме анальгетиков и антибиотиков, а именно аллергические реакции, изменения витаминного и иммунологического баланса, нарушение состава кишечной микрофлоры.

3.4. При лечении раннее запломбированного канала зуба успех лечения значительно снижается, это связано с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлический штифт, с сильной кальцификацией корневых каналов с искривлением корневых каналов.

- 3.5. Сразу после проведения процедуры лечения зуба и его пломбирование неизбежно возникнут **постпломбировочные** боли, так как в процессе лечения проводятся серьезные вмешательства в структуру тканей зуба. Такие боли нормальное явление. Боль чаще всего возникает при надавливании на вылеченный зуб во время еды, при смыкании челюсти и т.п. а так же при воздействии холодных раздражителей (напитки). Как правило, подобные боли проходят спустя несколько дней.
- 3.6. Профессиональная гигиена полости рта является неотъемлемой частью курса лечения заболевания пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса, и последствиями отказа от процедуры могут быть развитие или обострение имеющихся заболеваний пародонта, развитие кариеса и его осложнений, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета.
- 3.7. На этапе проведения профессиональной гигиены полости рта и после нее возможны осложнения, а именно дискомфорт, боль, отек (припухлости десны и мягких тканей, кровотечение, образование гематомы, выпадение дефектных пломб, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием, повышение чувствительности эмали зубов, дискомфорт во время приёма пищи, болезненные ощущения в дёснах. Проходящие в течении двух недель), появление или усиление подвижности зубов. Обнажение корня зуба.
- 3.8. Для сохранения здоровья зубов и дёсен необходимо проводить профессиональную гигиену полости рта один раз в шесть месяцев у Пациентов, не имеющих заболеваний тканей пародонта, один раз в три месяца у пациентов с пародонтом (кратность визитов подбирается врачом).
- 3.9. При несоблюдении рекомендаций врача по уходу за полостью рта в домашних условиях и несоблюдение интервалов контрольных визитов уменьшаются или аннулируются гарантийные сроки и сроки службы реставрации.
4. Я подтверждаю, что изложи(а) врачу все известные мне данные о состоянии моего здоровья.
5. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, что имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные со стоматологическим терапевтическим лечением и последующим реабилитационным периодом. На заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие меня ответы, и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
6. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

_____/_____/_____
Подпись Пациента или его представителя . Ф.И.О

« ____ » _____ 201__ г.
дата

_____/_____/_____
Подпись врача Ф.И.О.