

**Информированное добровольное согласие на  
медицинское (-ие) вмешательство (-а) - эндодонтическое лечение зуба (-  
ов) и/или восстановление коронки зуба (-ов) пломбой (-ами) после проведенного (ранее выполненного)  
эндодонтического лечения (основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах  
охраны здоровья граждан в РФ»**

Я, \_\_\_\_\_

(« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. р., проживающий (-щая) по адресу: \_\_\_\_\_),

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

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_

(номер, серия) (орган, выдавший паспорт, и дата выдачи)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного

недееспособным:

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

**даю информированное добровольное согласие на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское (-ие) вмешательство (-а): эндодонтическое лечение зуба (-ов) и/или восстановление коронки зуба (-ов) пломбой (-ами) после проведенного (ранее выполненного) эндодонтического лечения.**

**Медицинский работник \_\_\_\_\_**

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

после выполненной диагностики обосновал необходимость проведения эндодонтического лечения зуба (-ов) (лечения корневых каналов) и/или восстановления коронки зуба (-ов) пломбой (-ами) после проведенного (ранее выполненного) эндодонтического лечения.

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемым эндодонтическим лечением зуба (-ов) и способом восстановления коронки зуба (-ов) пломбой (-ами) после проведенного (ранее выполненного) эндодонтического лечения, и, в соответствии со своей волей, мог(-ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение эндодонтического лечения зуба (-ов) и/или восстановление коронки зуба (-ов) пломбой (-ами) после проведенного (ранее выполненного) эндодонтического лечения.

**Последствиями отказа от эндодонтического лечения зуба (-ов) могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление, либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба, а также системные проявления заболевания.**

**Последствиями отказа от восстановления коронки зуба (-ов) после проведенного (ранее выполненного) эндодонтического лечения могут быть: ухудшение эстетики, перелом коронки зуба, потеря зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, нарушение функции речи и жевания, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология и т.д.**

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех.

**Альтернативными методами лечения (возможными вариантами медицинского вмешательства) являются: удаление пораженного зуба (-ов), отсутствие лечения как такового.**

В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия (анестетика) я доверяю медицинскому работнику, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые лекарственные препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии.

**Я информирован (-а) о принципах, целях и методах оказания медицинской помощи, а именно эндодонтического лечения зуба (-ов), которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: купирование острого или хронического воспалительного процесса, проведение обработки корневых каналов зуба (-ов) под контролем методов лучевой визуализации, достижение obturации корневых каналов зуба (-ов) предупреждение развития осложнений, повышение качества жизни пациента и т.д.**

Я информирован(-а), о том, что эндодонтическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, при этом оно является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Имеется определенный процент (5-20%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: повторного эндодонтического лечения (перелечивания корневых каналов) в будущем, периапикальной хирургии или даже удаления зуба.

Я информирован(-а), о том, что при повторном эндодонтическом лечении зуба (-ов)(перелечивании корневых каналов)процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, а именно до 10-30%, что связано:

- с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо анкерный штифт из корневого канала;
- с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов и т.д.).Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии.

Я информирован(-а), о том, что при формировании эндодонтического доступа к корневым каналам зуба, покрытого одиночной коронкой и/или являющегося опорой несъемного или съемного зубного протеза, может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции, что приведет к её необратимому повреждению.

Я информирован(-а), о том, что попытка снятия ортопедической конструкции для эндодонтического лечения опорного зуба может привести к перелому самого зуба и необходимости его удаления.

**Я информирован(-а) о возможных рисках и осложнениях эндодонтического лечения, а именно том, что в 10% случаев возможно развитие ятрогенных осложнений таких как:**

- поломка эндодонтических инструментов в корневом канале и невозможность их удаления из корневого канала, что может стать причиной неудачи эндодонтического лечения и/или потребует дополнительных дорогостоящих медицинских вмешательств, и/или удаления зуба (-ов);

- перфорация стенки корня зуба (-ов) или дна полости зуба (-ов), что может стать причиной неудачи эндодонтического лечения и/или потребует дополнительных дорогостоящих медицинских вмешательств, и/или удаления зуба (-ов);

- выведение пломбировочного материала за верхушку корня зуба (-ов), что может стать причиной неудачи эндодонтического лечения и/или потребует дополнительных дорогостоящих медицинских вмешательств, и/или удаления зуба (-ов);

- выведение пломбировочного материала в полость гайморовой пазухи или нижечелюстной канал, что может стать причиной неудачи эндодонтического лечения и/или потребует дополнительных дорогостоящих медицинских вмешательств, и/или удаления зуба (-ов).

**Я информирован (-а) о возможных рисках и осложнениях эндодонтического лечения, а именно о том, что в 10% случаев возможно развитие нового заболевания, связанного с основным (появление и/или рецидив патологического процесса в периапикальных тканях зуба (-ов), его прогрессирование).**

Я информирован(-а), о том, что при лечении искривленных и/или труднопроходимых корневых каналов риск развития осложнений (поломка эндодонтических инструментов, перфорация корня, перелом корня и т.д.) возрастает до 30 %.

Я информирован(-а) обо всех возможных временных последствиях эндодонтического лечения:

- ощущение дискомфорта, незначительные болевые ощущения, боли при накусывании на зуб, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней;

- отечность десны в области зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и т.д.

Даже при успешном завершении эндодонтического лечения и/или восстановление коронки зуба (-ов) пломбой (-ами), после проведенного (ранее выполненного) эндодонтического лечения, нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

**Я информирован (-а) о возможных рисках и осложнениях восстановления коронки зуба (-ов) пломбой (-ами) после проведенного (ранее выполненного) эндодонтического лечения, а именно о том, что в 10% случаев возможно развитие ятрогенных осложнений (появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, например- аллергических реакций), а также, что в 10% случаев возможно развитие нового заболевания, связанного с основным (рецидив кариеса, его прогрессирование).**

Я информирован (-а),о том, что выбор метода восстановления зуба после проведенного (ранее выполненного) эндодонтического лечения зависит от ряда факторов, в том числе от индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ), который определяется после препарирования кариозной полости зуба. При показателях ИРОПЗ - 0,2-0,4 применяется метод пломбирования. Для группы жевательных зубов при ИРОПЗ> 0,4 показано изготовление вкладок из металлов, из керамики или из композитных материалов. При ИРОПЗ> 0,6 показано изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ> 0,8 показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок.

Я информирован(-а), что в случае разрушения более 50% твердых тканей зуба после проведенного (ранее выполненного) эндодонтического лечения, композитная реставрация при световом отверждении дает усадку слишком большой силы, что может привести к отлому оставшихся тонких стенок зуба или к отрыву реставрации от стенок зуба (микротрещины), которая впоследствии приводит к нарушению герметизации пломбы и рецидиву кариеса в недалеком будущем.

Композитная реставрация после проведенного (ранее выполненного) эндодонтического лечения также неэффективна в случае разрушения зуба на уровне под десной в связи с постоянным подтеканием десневой жидкости, нарушающей технологию постановки пломбы. В этих случаях методом выбора является изготовление не прямой реставрации из композита или керамики в лаборатории, которая затвердевает в идеальных условиях с соблюдением технологии и дает усадку до постановки в полость рта, а не во рту пациента, и, следовательно, не давит на стенки оставшегося зуба, сберегая их, и идеально прилегает к зубу, в том числе в поддесневой области.

Я информирован(-а) о необходимости покрытия зуба (-ов) ортопедической конструкцией после проведенного (ранее выполненного) эндодонтического лечения и восстановления коронки зуба (-ов) пломбой (-ами). В противном случае эндодонтическое лечение может потерпеть неудачу, что может стать причиной потери зуба (-ов).

Я информирован(-а) о необходимости рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения в процессе лечения и в будущем, и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с медицинским работником и записанному в истории болезни), соблюдать гигиену полости рта.

**Я информирован (-а) о необходимости строго следовать этапам лечения, важности соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также о необходимости полного восстановления целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций.**

Со своей стороны, я высказал(-а) все жалобы, проинформировал(-а) медицинского работника 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, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемого эндодонтического лечения зуба (-ов) и/или восстановления коронки зуба (-ов) пломбой (-ами) после проведенного (ранее выполненного) эндодонтического лечения или служить противопоказаниями к его проведению. Я предупрежден(-а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть при эндодонтическом лечении зуба (-ов) и/или восстановлении коронки зуба (-ов) пломбой (-ами) после проведенного (ранее выполненного) эндодонтического лечения в результате применения лекарственных препаратов и медицинских изделий.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительных медицинских вмешательств, в том числе в экстренной форме, я даю согласие на оказание медицинских услуг (медицинской помощи) в том объеме, который определит медицинский работник.

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, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи стоматологического профиля любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

**Я информирован (-а) о предполагаемых результатах эндодонтического лечения зуба (-ов) и/или восстановления коронки зуба (-ов) пломбой (-ами) после проведенного (ранее выполненного) эндодонтического лечения, а именно стабилизация патологического процесса (отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики).**

Я согласен(-а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я согласен(-а) и разрешаю медицинскому работнику, 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 защиты персональных данных.

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.

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 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 лечения, либо дать свое согласие.

Настоящий документ составлен на 4-х страницах и хранится в моей медицинской документации.

Дата оформления информированного добровольного согласия: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Пациент (законный представитель): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)(расшифровка)

Медицинский работник: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка)

Я даю информированное добровольное согласие по форме и содержанию, подписанного мною ранее, а именно «    »          20     г., на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское (-ие) вмешательство (-а): эндодонтическое лечение зуба (-ов) и/или восстановление коронки зуба (-ов) пломбой (-ами) после проведенного (ранее выполненного) эндодонтического лечения следующих зубов:

Дата	Номер зуба (ВОЗ)	Поверхность	Диагноз (МКБ-10)	Ф.И.О., (полностью), должность и подпись медицинского работника	Ф.И.О. и подпись пациента/законного представителя