

Информированное добровольное согласие

на медицинское вмешательство

эндодонтическое лечение

г. Бердянск

{ТекущаяДата}г.

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства

Я, (отец, мать, опекун - нужное подчеркнуть), {Родитель}, являясь законным представителем ребенка {ФамилияИмяОтчество}, получил(а) от лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении следующих зубов _____. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого лечения.

1. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессивные заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, а также ухудшение состояния здоровья всего организма.
2. Врач понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно: ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач назначит лекарственные препараты, если сочтет это нужным; отечность десны в области леченного зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или больше; тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше; в том случае, если положительный результат не будет достигнут вследствие 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 пациента, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в леченном канале или может потребоваться их хирургическое удаление; перфорация корневого канала, возникшая при распломбировке ранее леченного канала зуба или лечении патологически измененного канала, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению; преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта.
3. Врач объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба (терапевтическое (пломба) или ортопедическое) после проведения эндодонтического лечения, в противном случае последнее может потерпеть неудачу, что может стать причиной потери зуба, либо потребовать перелечения корневых каналов.
4. Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приводить ребенка на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом), а также возможные рентгенологические исследования.
5. Я ознакомил(а) лечащего врача с сопутствующими заболеваниями ребенка, перечислила медикаменты, которые он принимает.
6. Я проинформировала врача обо всех случаях аллергии ребенка к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.
7. Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций 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 виде временной потери чувствительности в области обезболивания.
8. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.
9. Введение анестетика проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечности десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.
10. Я согласен(а) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.
11. Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемого лечения, включая осложнения.
12. Я понимаю сущность операции и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.
13. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
14. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Подпись представителя ребенка (мать, отец, опекун)

Подпись врача

_____/ {Родитель}, /

_____/ {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}