

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
зубосохраняющие операции**

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, _____,
(Ф.И.О. пациента либо законного представителя пациента – полностью, год рождения)

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____
являюсь законным представителем _____
ФИО несовершеннолетнего пациента _____
, дата рождения Пациента: _____

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологической клинике, в объеме и в соответствии с планом лечения. Предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение зубосохраняющей операции.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

Я в доступной и понятной мне форме информирован/а/ врачом о результатах предварительного осмотра, получил/а/ сведения о результатах диагностического исследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, обоснование необходимости лечения, методах лечения, связанных с вмешательством рисках.

Я информирован/а/ о предполагаемом плане лечения, существующих утверждённых методиках лечения, используемых лекарственных препаратах; мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.

Я осведомлен/а/, что в процессе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость изменения назначенного первоначально лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также необходимость назначения дополнительных исследований и процедур, которые мне будет необходимо пройти в процессе лечения. Все указанные изменения и дополнения будут назначаться мне заблаговременно и разъясняться.

Мне была предоставлена следующая информация:

Зубосохраняющие операции – хирургические манипуляции, нацеленные на сохранение зубов, применяются в том случае, когда консервативное лечение более не возможно или не целесообразно. Также зубосохраняющие операции применяются для предотвращения воспалений костной ткани и убыли кости.

Виды зубосохраняющих операций:

- Резекция верхушки корня зуба – хирургическое отсечение части корня зуба с возможным ретроградным пломбированием канала зуба.
- Ампутация корня зуба – полное удаление одного или нескольких корней во многокорневых зубах, с сохранением коронковой (наддесневой) части зуба над удаляемыми корнями.
- Гемисекция корня зуба - полное удаление одного или нескольких корней во многокорневых зубах, без сохранения коронковой (наддесневой) части зуба над удаляемыми корнями.
- Коронорадикулярная сепарация – разделение корней и коронковых частей зуба на два самостоятельных сегмента.
- Цистотомия - метод хирургического лечения кисты, при котором удаляют переднюю стенку кисты и сообщают ее с преддверием или с собственно полостью рта.

- Цистэктомия - радикальная операция, при которой проводят полное удаление кисты, ее оболочки с возможной резекцией верхушки корня зуба.

Все эти оперативные вмешательства производятся через разрез слизистой оболочки со стороны преддверия полости рта с откидыванием слизисто-надкостничного лоскута и, почти всегда, с последующим возвращением его «на место». Для скорейшего восстановления целостности костной ткани стоматологом могут использоваться специальные костеобразующие материалы и мембраны, а также возможна пересадка собственной кости пациента как в «смеси» с костеобразующими материалами, так и без них.

Показания к проведению зубосохраняющих операций:

- при патологических процессах, вызванные осложнённым кариесом, пульпитом или периодонтитом, стремительно прогрессируют и грозят ещё более серьёзными осложнениями.
- механическая перфорация корней зуба;
- деструктивные изменения в периапикальных тканях;
- наличие глубокого кармана;
- перфорация дна пульповой камеры;
- непроходимость корневого канала из-за наличия в нём кисты или гранулёмы;
- наличие патологических очагов в области бифуркации;
- невозможность лечения одного или двух вестибулярных корней;
- кариес корня, сросшиеся корни;
- существенная резорбция костной ткани в области всех корней.

Противопоказаниями к проведению зубосохраняющих операций являются такие факторы как низкий уровень качества самостоятельной гигиены полости рта, наличие тяжёлых заболеваний крови и сердечно-сосудистой системы, некоторые психические заболевания в стадии обострения, прохождение курса химиотерапии или лучевой терапии, диабет.

Я также предупрежден/а/ о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение следующих осложнений заболевания: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений (остеомиелит челюсти; гнойное воспаление лица и шеи; острый сепсис и др.), появление или нарастание боли, обострение системных заболеваний организма, летальный исход.

Альтернативным методом лечения является удаление пораженного зуба (зубов).

Возможные осложнения зубосохраняющих операций:

- Боль, тошнота, воспаление, кровотечение из раны в послеоперационном периоде;
- Онемение языка, губ, подбородка, зубов;
- Ощущение дискомфорта после лечения продолжающееся до нескольких дней;
- Нарушение целостности верхнечелюстных (гайморовых) пазух, воспалительные осложнения в области верхнечелюстных (гайморовых) пазух;
- Ограниченное открывание рта;
- Развитие послеоперационных отеков;
- В крайне редких случаях - повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти.

Мне разъяснено, понятно, и я принимаю то, клиника не предоставляет никаких гарантий на данную медицинскую услугу, так как хирургические методы лечения болезней периапикальных тканей являются дополнительными, вспомогательными, всего лишь увеличивающими вероятность спасения зуба. Все ортопедические конструкции, опирающиеся на прооперированные зубы, не являются надежными и могут рассматриваться исключительно как временные.

Я понимаю, что невозможно предсказать способность десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента, и, что бывают случаи, когда зуб приходится удалять в связи с развившимися осложнениями.

Мне было сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу при моем согласии. Я знаю, что после введения анестезии нельзя в течение 24 часов управлять транспортными средствами и сложными механизмами, до окончания действия лекарственных препаратов и восстановления нормального состояния.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.

Я предупрежден(а) о поведении в период амбулаторного лечения, мной получены и поняты рекомендации врача о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры и исследования. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого клиника не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу и клинике.

Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершённом лечении.

Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны нештатные ситуации разного рода, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью.

Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен/а/ с тем, какие могут возникнуть осложнения.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я 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.

Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Беседу провел врач _____ / _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент согласился на медицинское вмешательство _____ (подпись)

Пациент отказался от медицинского вмешательства _____ (подпись)