**Информированное добровольное согласие на проведение первичного или повторного лечения корневых каналов (эндодонтического лечения) в ООО Стоматологический салон «Консул»**

Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований: ст. 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункта 14, 28 Постановления Правительства РФ от 04.10.20122 № 1006  ["Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_136209/); ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Приказа Минздрава РФ от 12.11.2021 № 1051Н “Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства”

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

|  |
| --- |
| *Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:*  Я, (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  являюсь законным представителем *(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)* ребенка или лица, признанного недееспособным:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения* |

проинформирован(а) врачом-стоматологом о состоянии здоровья зубов и полости рта моего (моего ребенка), и необходимости проведения мне (моему ребенку) лечения корневых каналов (эндодонтического лечения).

1. Мне разъяснено, что данный документ содержит для меня информацию о сути предстоящего медицинского вмешательства, его особенностях, возможных альтернативных вариантах, последствиях и рисках развития осложнений или неполучения полезного результата с целью предоставления возможности мне сделать свой информированный выбор.

2. **Целью эндодонтического лечения** является предупреждение появления инфекции или максимально возможное удаление ее из корневых каналов зуба, устранение заболевания тканей, окружающих корень (корни) зуба, предупреждение развития осложнений, восстановление функции зуба. В то же время, важно учитывать, что невозможно добиться полного удаления инфекции из системы корневых каналов.

3. **Сущность медицинского вмешательства.**

При эндодонтическом лечении доктор создает доступ к корневым каналам зуба, выполняет их механическую и медикамен­тозную обработку для удаления распада тканей и инфекции, проводит постоянное пломбирование специальными материалами и изоляцию доступа с целью герметизации всей корневой системы.

После эндодонтического лечения необходимо обязательно восстановить зуб пломбой, вкладкой, накладкой или коронкой. Вид реставрации определяется степенью разрушения коронковой части зуба. При небольших и средних дефектах зуб можно восстановить пломбой, вкладкой или накладкой. При обширном дефекте в корневом(-ых) канале(-ах) фиксируется штифт(-ы) и проводится восстановление пломбировочным материалом или в зуботехнической лаборатории изготавливается литая культевая штифтовая вкладка, которая фиксируется на цемент. Сверху такого восстановления устанавливается металлическая, керамическая или металлокерамическая коронка.

4**. Альтернативные методы лечения**. Альтернативой первичному или повторному эндодонтическому лечению является зубосохраняющие хирургические вмешательства (резекция верхушки с постановкой ретроградной пломбы или ампутация корня, гемисекция зуба), удаление зуба.

5. **Возможные осложнения и риски.** Анатомия зуба и его системы корневых каналов делает невозможным извлечение всех потенциально инфицированных тканей, находящихся в этой системе. Хотя все лечебные мероприятия направлены на создание условий для полноценной дезинфекции, обтурации и герметизации всего внутреннего пространства корневого канала, патогенные микроорганизмы могут начать размножаться и вызвать первичное околокорневое заболевание или обострение ранее имеющегося. Этому способствует: чрезмерная нагрузка на зуб, появление острых и хронических общесоматических заболеваний, нарушение герметичности реставрации, установленной на зуб, повторное поражение зуба кариесом, травма зуба. В этом случае, возможно, потребуется повторное лечение системы корневых каналов и(или) применение хирургических методов лечения.

**При первичном эндодонтическом лечении** врач, использующий современное оборудование (операционный микроскоп, ультразвуковые приборы и т. п.) может получить успех лечения в 91-97% случаев. Проведение лечение без использования дополнительного оборудования возможно, но снижает процент успешного лечения.

Однако, даже при соблюдении наивысшей степени заботливости и осмотрительности в процессе лечения, возможны следующие риски:

- при лечении искривленных, кальцифицированных или облитерированных корневых каналов имеется более высокий процент поломки инструментов и перфораций корня. Эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтического лечения;

- анатомические особенности строения зуба могут не позволить провести полноценную механическую и медикаментозную обработку системы корневых каналов, что может привести к потере зуба;

- во время лечения системы корневых каналов возможна поломка инструмента, которая создаст дополнительные трудности. Иногда отломок нельзя извлечь и его можно обойти и полноценно обтурировать корневой канал. Иногда это не представляется возможным и нужны будут другие манипуляции, в том числе пломбировка канала без извлечения сломанного инструмента;

- в отдельных случаях эндодонтическое вмешательство может привести к обострению заболевания и сопровождаться болью, отеком, повышением температуры и другими последствиями. В этом случае могут потребоваться назначения лекарственных средств и(или) дополнительные вмешательства;

- существует вероятность индивидуальной непереносимости и(или) реакции организма на медикаментозные препараты и материалы, применяемые при лечении системы корневых каналов, что в свою очередь приведет к неудаче эндодонтического лечения и последующему возможному удалению зуба.

**При нехирургическом повторном эндодонтическом лечении** процент успеха лечения значительно снижается, что связано:

- с резким снижением доступности к системе корневых каналов;

- с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;

- с сильной кальцификацией или облитерацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломок инструментов).

Безуспешность эндодонтического лечения может стать причиной удаления зуба, развития острых и(или) хронических воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, а также острых и(или) хронических воспалительных общесоматических заболеваний.

Даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя дать гарантии, что зуб не подвергнется кариозному разрушению, рецидиву инфекции или перелому в будущем.

Иногда для уточнения диагноза необходимо выполнить первые этапы лечения – анестезию, рентгеновские снимки, удаление пломбы (коронки), частичную обработку корневых каналов и. т. п. после чего предварительный план лечения может претерпеть изменения.

В ряде случаев лечение корневых каналов является пробной попыткой сохранения зуба. Такая ситуация возникает, когда на момент обращения уже имеются относительные показания к удалению зуба. Лечение в таких случаях является сложным, длительным и дорогостоящим. В дальнейшем могут появиться абсолютные показания к удалению зуба и его нужно будет удалить.

**Особенности эндодонтического лечения зубов, покрытых коронками**. При возникновении необходимости лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, необходимо нарушение целостности коронки или ее снятие с зуба. В этом случае возможны следующие осложнения:

- при создании доступа к корневым каналам коронка может быть необратимо повреждена, что потребует ее замены;

- при попытке снять коронку, может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению.

**7.** Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба в течение 1-3 недель после проведения эндодонтического лечения. В противном случае последнее может потерпеть неудачу, что может стать причиной потери зуба, либо потребовать повторного лечения системы корневых каналов. Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического исследования на этапах эндодонтического лечении, а также рентгенологический контроль в будущем согласно рекомендациям врача и графику контрольных осмотров. Я осознаю, что для проведения эндодонтического лечения может потребоваться несколько посещений и строгое выполнение указаний врача, в противном случае, эндодонтическое лечение не будет успешным. Мне понятно, что после завершения лечения необходима явка на контрольные осмотры через 12, 24, 36 и 48 месяцев (+- 4 недели).

8. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я осознаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения.

Мне разъяснено, что в ходе выполнения данного медицинского вмешательства, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований и лечебных мероприятий. Я разрешаю медицинскому персоналу выполнить действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза для улучшения моего здоровья.

Я также проинформирован (а) о необходимости проведения физиотерапевтического лечения в комплексном оказании стоматологической помощи и понимаю цели его проведения.

Мое решение является свободным и добровольным. Я **ознакомлен(а)** с Правилами оказания медицинских услуг и **обязуюсь** соблюдать их.

**Содержание настоящего документа мною прочитано, мне разъяснено и полностью понятно.**

**Дополнительных разъяснений не требуется, что удостоверяю своей подписью.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Номер зуба | Диагноз | Ф.И.О. и подпись врача | Подпись пациента  или закон.представителя |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Я подтверждаю, что давая такое согласие, я действую по собственной воле.

Подпись пациента (зак.представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф .И.О. и подпись пациента или законного представителя

Беседу провел врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г