**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства**

**Эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов)**

**в целях подготовки зубов к ортопедическому 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”

Мне,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО пациента)

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, в том числе:

Мне поставлен диагноз и разъяснены альтернативные варианты протезирования зубов, в том числе подготовительные этапы.

Я соглашаюсь с тем, что необходимо взять под опоры ортопедической конструкции витальные зубы, что согласованно со мной и указано в мед.карте в плане лечения.

Мне понятно, что в связи с состоянием и(или) положением опорных зубов для этого необходимо на вышеуказанном зубе(ах) провести эндодонтическое лечения (удаление сосудисто-нервного пучка корней зуба и пломбирование корневых каналов) зуба(ов) по медицинским показаниям в случае развития осложнений в виде травматического пульпита в процессе препарирования зубов под ортопедические конструкции. Также необходимость депульпирования зуба может возникнуть в процессе препарирования зуба под коронку либо после препарирования зуба через несколько дней, недель или месяцев при появлении постоянных болей, реакции на термические раздражители и постановке уточненного диагноза «пульпит», в том числе и после проведения постоянного протезирования. В таких случаях лечение корневых каналов проводят сквозь коронку зуба. Если лечение через коронки невозможно, они подлежат снятию и полной переделке за счет пациента.

Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикамен­тозную обработку для удаления сосудисто-нервного пучка корней зуба, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата. В результате зуб становится неживым, но продолжает выполняет свои функции длительный период времени.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе ле­чения, а также сроки проведения лечения.

Врач понятно объяснил мне, в чем будет заключаться предложенное лечение и все возможные осложнения предло­женного лечения и последствия, которые могут возникнуть как во время лечения корневых каналов, так и после его окон­чания, а именно:

Имеется определенный процент (5 - 10 %) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, хирургического вмешательства в области корней зуба, проведение хирургических зубосохраняющих операций (гемисекция, резекция корня) и даже удаления зуба.

Ощущение боли и дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу че­го врач может назначить лекарственные препараты либо повторить вмешательство;

Во время лечения корневых каналов, особенно искривленных и ранее пломбированных, возможна поломка инструментов, что может по­влечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба или вызвать необходимость применения других манипуляций, в том числе пломбировку канала без извлечения сломанного инструмента;

Если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являюще­гося опорой несъемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопе­дической конструкции (при этом также возможно её необратимое повреждение). Также при попытке снять ортопедиче­скую конструкцию может произойти раскол или перелом самого зуба, что может привести к его удалению;

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба ортопедической конструкцией после проведения эндодонтического ле­чения, в противном случае есть риск потерять зуб, либо потребуется повторное лечения корневых каналов.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким. Я уведомлен, что временная пломба может выпадать и в этом случае нужно явиться в клинику незамедлительно. Срок нахождения временной пломбы в зубе – максимум 30 дней. После этого она должна быть заменена на постоянную или поставлена новая временная пломба. В противном случае потребуется повторное лечение корневых каналов.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков или антибиотиков.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также обо всех имеющихся у меня заболеваниях и понимаю, что впервые возникшую аллергию предсказать невозможно.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести каче­ственное лечение, исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован(а) о противопока­заниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при про­ведении рентгенологического обследования.

В доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ,2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, положении о гарантиях и сроках службы на овеществленные результаты оказанных услуг, о правилах использования установленных стоматологических конструкций.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения.

Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение использовать труд любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

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

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я понимаю, что ожидаемый мною положительный результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответст­вующей квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответст­вующих стандартов и протоколов лечения.

Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка, удаление или замена стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

(подпись врача) (ФИО полностью) (ДАТА)

Данное Информированное Добровольное Согласие является неотъемлемой частью медицинской карты