

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство (эндодонтическое лечение, в т.ч. повторное)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н¹ (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская стоматологическая поликлиника №2»

Медицинским работником _____

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня 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.

Врач сообщил и разъяснил мне в доступной форме всю информацию о диагнозе и сути лечения, а также о том, что уточнение диагноза допускается в процессе лечения. Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, план и сроки лечения, количество посещений и я согласен(-а), что допускается коррекция намеченного плана, технологий сроков лечения и количества посещений в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения, о чем врач уведомит меня дополнительно.

Я ознакомлен(-а) с возможными альтернативными вариантами лечения, а именно: удаление пораженного зуба (зубов); не проведение лечения.

Я предупреждён(-а) о возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа мною от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление, нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; нарушение общего состояния здоровья.

Я предупреждён(-а) о возможных осложнениях под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей; кровоизлияние в месте укола; снижение внимания; аллергические реакции.

Я предупреждён(-а) о возможных последствиях приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов.

Я предупреждён(-а), о возможных рисках и осложнениях вовремя и после эндодонтического лечения, а именно что:

- существует определенный процент неэффективного эндодонтического лечения (5-10%) по причине его медицинской специфики, индивидуальных особенностей строения корневых каналов зубов у конкретного пациента и состояния здоровья пациента в целом. В таком случае, через некоторое время потребуется перелечивание корневых каналов зуба или проведение хирургического

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.

вмешательства в области периапикальных тканей или даже удаление зуба;

- при повторном эндодонтическом лечении зуба с хроническими очагами в периапикальных тканях, есть риск хронического обострения процесса и последующего удаления зуба.
- возможна поломка инструмента (файла) внутри корневого канала, и невозможность его извлечения, ввиду сложной анатомической формы каналов, индивидуальной у каждого пациента. В случае поломки и заклинивания инструмента в канале зуба, врач определяет целесообразность извлечения его из канала или принимает решение оставить его в канале, предупредив пациента о возникшей ситуации;
- при перелечивании ранее запломбированных каналов зуба успех лечения значительно снижается, что связано с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлический штифт; с сильной калцификацией корневых каналов, что в некоторых случаях повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента); с искривлением корневых каналов;
- при перелечивании зуба, покрытого коронкой, или являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного) возникнет необходимость снятия коронки или всей конструкции несъёмного протеза, что может привести к перелому и к удалению зуба (-ов); в некоторых случаях может быть предложено эндодонтическое лечение через отверстие в искусственной коронке, которое после лечения будет закрыто пломбировочным материалом;
- возможны возникновение дискомфорта, болей при накусывании на зуб, отёчность десны в области пролеченного зуба или лица после лечения, тризм (ограничение открывания рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше, что потребует назначения дополнительных лечебных мероприятий. Я понимаю, что в таком случае мне необходимо незамедлительно явиться на приём к лечащему врачу (или к другому специалисту ГБУЗ "ГСП №2" в отсутствие лечащего врача) и действовать далее согласно полученным рекомендациям.

Я предупреждён(-а), что для достижения положительного результата эндодонтического лечения, в сроки рекомендованные лечащим врачом, мне необходимо восстановить коронковую часть зуба пломбой, вкладкой и (или) коронкой, в зависимости от исходной клинической ситуации и степени разрушения твёрдых тканей зуба. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных мероприятий, рекомендованных лечащим врачом и занесённых в мою амбулаторную карту.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включённых в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

ДАТА	ДИАГНОЗ	№ зуба	ФИО ВРАЧА	Подпись ПАЦИЕНТА	Подпись ВРАЧА