

Информированное добровольное согласие на лечение периодонтита

Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель

Я, _____,
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента _____
(Ф.И.О. пациента)

Я, _____,
настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня (представляемого) заболевания _____

Мне разъяснено, что периодонтит – это воспаление периодонта, то есть тканей, окружающих зуб, а также даны разъяснения о конкретной разновидности, диагностированного у меня (представляемого) заболевания:

- | | |
|---|---|
| ☐ К 04.4 Острый апикальный периодонтит
пульпарного происхождения | ☐ К 04.7 Периапикальный абсцесс без полости |
| ☐ К 04.5 Хронический апикальный периодонтит | ☐ К 04.8 Корневая киста |
| ☐ К 04.6 Периапикальный абсцесс с полостью | |

и, в связи с этим(и) заболеванием(и), о необходимости лечения зуба(ов)

Я также предупрежден(а) о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение следующих осложнений заболевания: остеомиелит челюсти, гнойное воспаление лица и шеи, острый сепсис.

Мне разъяснено и понятно, что такое медицинское вмешательство, как лечение периодонтита проводится в несколько этапов. Сначала для устранения воспаления хирургически удаляется жидкость (гнойная или серозная), образовавшаяся в месте воспаления, что может занять несколько дней при необходимости полоскания гипертоническими растворами. Далее лечение будет складываться из следующих этапов: механическая подготовка (расширение, очистка), антисептическая обработка (дезинфекция) и пломбирование каналов – сначала временное (зачастую неоднократно), а потом и постоянное. При этом выведение пломбировочного материала за верхушку зуба может быть необходимым и являться методом лечения. В зависимости от степени разрушения зуба далее производится реставрация или протезирование.

Я также информирован(а) о том, что с учетом тяжести моего (представляемого) заболевания может быть проведено хирургическое вмешательство, которое заключается в удалении воспаленной верхушки корня зуба. Такая операция позволяет спасти весь зуб при периодонтите и избежать его удаления.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения вообще.

Я информирован(а), что эндодонтическая терапия по лечению периодонтита не имеет высокого процента клинического успеха (не более 50%) в связи с наличием серозного или гнойного содержимого в каналах зуба или периапикальных тканях, и я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:

– вследствие сильной кальцификации корневых каналов, а также при лечении искривленных корневых каналов возможно: перелом эндодонтического инструмента в корневом канале, перфорация стенки корневого канала или стенки зуба, неполное пломбирование корневого канала.

– также возможно: вывод пломбировочного материала за верхушку корня зуба, необнаруженный и, соответственно, незапломбированный дополнительный корневой канал, аллергические реакции,

Я понимаю и принимаю, что положительный результат при лечении периодонтита не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Я предупрежден(а) о том, что, ввиду специфики медицинской деятельности, невозможно предоставить мне (представляемому) гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении лечения.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

(подпись, ФИО медицинского работника)

(подпись, дата)

(подпись, дата)

[illegible]