

Информированное добровольное согласие на ревизию (перелечивание) каналов зуба

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, _____,
(Ф.И.О. пациента)

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 мои (представляемого) ранее леченые зубы нуждаются в перелечивании по причине:

- | | |
|---|---|
| ☐ К 04.4 Острого апикального периодонтита | ☐ К04.9 Другие и неуточненные болезни |
| ☐ К04.5 Хронического апикального периодонтита | пульпы и периапикальных тканей (ранее |
| ☐ К04.6 Периапикального абсцесса с полостью | проведенная некачественная |
| ☐ К04.7 Периапикального абсцесса без полости | эндодонтическая терапия зуба, могущая |
| ☐ К04.8 Корневой кисты | вызвать впоследствии воспалительный |
| | процесс в периапикальных тканях зуба) |

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

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.

Мне разъяснено и понятно, что такое медицинское вмешательство, как перелечивание каналов зуба проводится в несколько этапов. Для наиболее полного устранения патогенной микрофлоры из канала необходимо его повторно препарировать на всем протяжении, тщательно обработав стенки канала зуба, «высверливая» при этом предыдущую пломбировку каналов зуба. Далее для устранения воспаления 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. На данные виды медицинского вмешательства мне (представляемому) будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия.

Я предупрежден(а) врачом о том, что часто возникают препятствия для такой обработки, которые не позволяют выполнить все манипуляции в полном объеме, иногда такие препятствия создают риск перфорирования корня зуба. Подобными препятствиями могут быть: отломы инструментов, уступы, участки кальцинации, анкерные штифты, чрезмерно прочное предыдущее пломбирование каналов (например, резорцин-формалиновой пастой и др.)

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 зачастую позволяет спасти весь зуб при периодонтите и избежать его удаления.

Мне разъяснено, понятно, и я принимаю то, что ни врач, проводящий перелечивание каналов зуба, ни клиника не предоставляют никаких гарантий на положительный результат данной медицинской услуги, так как эндодонтическая терапия по ревизии (перелечиванию) каналов зуба не имеет высокого процента клинического успеха (не более 30%) и является всего лишь попыткой спасения зуба.

[illegible]

