

**Информированное согласие пациента, не достигшего возраста 18 лет, на проведение амбулаторного стоматологического вмешательства по терапевтическому лечению зубов и корневых каналов в стоматологической клинике ООО «Яблоков и Ко»**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., число, месяц, год рождения законного представителя)

являясь законным представителем несовершеннолетнего(ей) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., число, месяц, год рождения несовершеннолетнего(ей))

обращаюсь в ООО «Яблоков и Ко» для проведения терапевтического и эндодонтического лечения (лечение корневых каналов) зубов представляемому(ой) мной несовершеннолетнему(ей), именуемому(ой) в дальнейшем Пациент. Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(ась) с предлагаемым лечением и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных и лечебных мероприятий.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости, перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология, появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта. Меня также познакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в случае Пациента будут иметь меньший клинический успех.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового, хирургическое вмешательство (апикальная хирургия). Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам лечения, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки работы.

Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Врач понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно:

Имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения. Что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии (резекции) и даже удаление зуба.

Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность его 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 удаление зуба.

При повторном перелечивании инфицированных и ранее леченых корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:

- со случаями, если каналы ранее были пломбированы в другой клинике твердеющими препаратами, резорцин-формалиновым методом, в каналах имеются сломанные

эндоинструменты, металлические и стекловолоконные штифты и вкладки, тогда часто невозможно удалить старую корневую пломбу и пройти канал на всю длину;

- с ситуацией, если уже имеются перфорации корней и стенок зуба, ступеньки и ложные каналы;

- с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов). При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии и стать причиной удаления зуба.

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

Даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать 100% гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению, рецидиву инфекционного процесса на верхушках корней или перелому в будущем.

Врач также объяснил мне необходимость обязательного постоянного восстановления коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения в сроки до 1 месяца; в противном случае эндолечение может потерпеть неудачу (что может стать причиной потери зуба, либо потребовать перелечивания корневых каналов). Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения как в процессе лечения, так и после него и в будущем обязуюсь обеспечить явку Пациента на контрольные осмотры согласно рекомендациям врача.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время проведения анестезии (кровотечения, гематомы, повреждение нервов и сосудов, боль после анестезии, парезы лица) и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, о наличии всех хронических заболеваний у Пациента, данная информация занесена в амбулаторную историю болезни.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма Пациента, я согласен(на) с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом, т.к. представления пациентов о лечении, как правило, не совпадают с реальной действительностью. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Я понимаю, что в моих интересах приступить к лечению зубов как можно быстрее. Я понимаю, что врач, также как и я, заинтересован в благоприятном исходе проводимого лечения и сделает для этого все необходимое. Хотя предложенное лечение поможет сохранить стоматологическое здоровье Пациенту, тем не менее, я понимаю, что лечение является своего рода вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа. Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию, которое проявляется в смене временных зубов на постоянные, росте челюсти, рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки пломбы.

Я обязуюсь обеспечить точное выполнение Пациентом всех рекомендаций и назначений врача и понимаю, что их невыполнение может привести к серьезным осложнениям и неудаче лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) на них понятные и исчерпывающие ответы.

Я даю разрешение делать Пациенту инъекции лекарственных препаратов, рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

Я разрешаю/не разрешаю (ненужное зачеркнуть) использовать публично фотографии зубов и полости рта Пациента на условиях анонимности без указания моего имени и фамилии.

Я даю разрешение проводить Пациенту необходимые лечебные мероприятия и использовать любого врача или ассистента, участие которого в лечении Пациента будет необходимо.

Я понимаю, что в связи с индивидуальной анатомией и реакцией организма возможно расхождение с первоначально определенным планом лечения и изменение ранее оговоренной стоимости лечения как в большую, так и в меньшую сторону.

Я понимаю, что я ответственен(на) за оплату услуг, оказанных Пациенту в ООО «Яблоков и Ко» в соответствии с прейскурантом клиники. Я внимательно ознакомился(ась) с прейскурантом клиники, с условиями гарантии на стоматологические услуги и согласен(на) оплачивать все оказанные стоматологические услуги по факту их оказания.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций медицинского работника, следования принципам здорового образа жизни.

Я осознаю свою ответственность за сохранение здоровья Пациента и обязуюсь обеспечить соблюдение им правил личной гигиены полости рта, согласен(на) обеспечить его явки на профилактические осмотры 1 раз в 6 месяцев (либо иной период, рекомендованный врачом) для ревизии состояния десен и зубов, ортопедических конструкций (при их наличии), а также для проведения профессиональной гигиены в сроки, назначенные врачом. Я знаю, что в случае несоблюдения Пациентом гигиены полости рта и в случаях его неявки на плановые профилактические осмотры возможно ухудшение состояния зубов, десен и костной ткани, способное привести к необходимости замены пломб, возникновению проблем с ортопедической конструкцией, требующих ее замены, и стать причиной потери зубов.

Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе выполнения работ.

Меня уведомили, что клиника и ее персонал не несет ответственности за оказанные стоматологические услуги в следующих случаях: предоставления услуг по моему требованию, расходящемуся с предложенным врачом планом лечения, о чем делается соответствующая запись в амбулаторной карте; возникновения аллергических реакций у Пациента, не отмечавшихся ранее; осложнений, возникающих по причине неявки Пациента в срок, указанный врачом или развившихся в связи с несоблюдением врачебных назначений и рекомендаций; переделок и исправления работ в другом лечебном заведении; ремонта, порчи и исправления работы самим Пациентом либо его законным представителем; истечения срока гарантии на оказанные услуги; иных ситуаций, предусмотренных в условиях гарантии, действующих в клинике.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснено значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению. Я принимаю решение приступить к лечению Пациента на предложенных условиях.

| № зап. | Дата приема | Манипуляции | «С манипуляцией ознакомлен(а), все термины ясны, осложнения и риски манипуляции понятны. Даю согласие на проведение медицинского вмешательства». Подпись пациента. |
|--------|-------------|-------------|--|
|        |             |             |  |
|        |             |             |  |
|        |             |             |  |
|        |             |             |  |
|        |             |             |  |
|        |             |             |  |
|        |             |             |  |
|        |             |             |  |
|        |             |             |  |
|        |             |             |  |
|        |             |             |  |
|        |             |             |  |
|        |             |             |  |
|        |             |             |  |
|        |             |             |  |

Законный представитель \_\_\_\_\_ /  
*(подпись)* *(фамилия, имя, отчество)*

Врач \_\_\_\_\_ /  
*(подпись)* *(фамилия, имя, отчество)*

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

ОБРАТНО