

**Общество с ограниченной ответственностью «Стом-Дарт-Плюс»  
(ООО «Стом-Дарт-Плюс»)**

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство  
на повторное эндодонтическое лечение**

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я даю согласие с названными мне условиями проведения лечения. Подписание данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г. р.  
(фамилия, имя, отчество пациента) (дата рождения)

**проинформирован/а** моим лечащим врачом, что в области верхушки корня \_\_\_\_\_ зуба сформировался очаг хронической инфекции в костной ткани челюсти

**Мне сообщена** в доступной для меня форме, разъяснена врачом и понятна следующая информация: цели, методы оказания медицинской процедуры, связанный с ней риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания данного медицинского вмешательства

**Я понимаю**, что в такой клинической ситуации мне показано удаление зуба.

**Меня информировали** также о возможных зубосохраняющих методах лечения:

- хирургическое (операция резекции верхушки корня, операция гемисекции, операция ампутации корня);
- повторное эндодонтическое лечение (распломбировка корневых каналов, временная их пломбировка - противовоспалительной пастой, пломбировка каналов постоянным материалом).

**Я предупрежден/а** о том, что результат зубосохраняющего лечения невозможно предсказать со 100% уверенностью, в связи с:

- сложной анатомией строения системы каналов;
- невозможностью полной санации, а только лишь с уменьшением количества патогенной микрофлоры;
- возможностью обострения, сопровождающегося удалением зуба;
- ослаблением твердых тканей зуба при повторном эндодонтическом лечении и возможностью развития кариозного процесса тканей.

**Мне понятно**, что мне гарантировано только качество работ и использование сертифицированных материалов, и что гарантировать удачный результат моего лечения невозможно.

**Я понимаю**, что на любом этапе лечения может возникнуть необходимость удаления причинного зуба в связи с возможным развитием следующих осложнений:

- обострение хронической инфекции (боль в зубе, отек окружающих тканей);
- перфорация стенки корневого канала;
- перелом инструмента в корневом канале;
- отсутствие положительной динамики результатов лечения.

**Меня предупредили:**

- о сроках зубосохраняющего лечения моего зуба;
- о необходимости обязательного восстановления коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения, в противном случае последнее может потерпеть неудачу (что может стать причиной потери зуба, либо потребовать перелечивания корневых каналов).
- о необходимости рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения;
- обязательном моем посещении врача на контрольных осмотрах (по согласованному с врачом графику).

**Я также проинформирован**, что в случае неудачного результата эндодонтического лечения возникнет необходимость удаления причинного зуба и, как следствие этого, изменение плана протезирования в соответствии с данной клинической ситуацией.

**Мне разъяснена** информация о технологиях, методах и материалах, которые будут использованы в процессе лечения; о сроках проведения лечения; о стоимости отдельных процедур (этапов) и лечения в целом; о том, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупреждает о повышении стоимости и обосновывает это.

**Я понимаю**, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет необходим.

**Меня проинформировали:**

- что местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и

индивидуальной восприимчивости организма. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области. Применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

- об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений.  
- что в ряде конкретных случаев медицинское вмешательство без анестезии невозможно. Альтернативой является отказ от лечения;

- о возможных осложнениях при приеме лекарственных средств, антибиотиков и анальгетиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов;

**Я обязуюсь**, понимая сложность предстоящего лечения, приходить на контрольные осмотры, следить за гигиеной полости рта, выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

**Я поставил/а в известность лечащего врача** обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мной и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

**Мною получена** полная информация о гарантийном сроке, действующем в ООО «Стом-Дарт-Плюс» на стоматологические услуги, и я ознакомлен/а с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

**Я понимаю**, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован/а в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

**Мне сообщено и понятно**, что одним из критериев эффективности оказания медицинских услуг является результат проведенного лечения, подтвержденный фотографиями и рентгенограммами до, после и в процессе лечения в соответствии с согласованным планом лечения. Я даю согласие на фотографирование моего лица и зубных рядов при оказании мне медицинских услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью клиники.

**Я даю согласие** что в исключительных случаях (болезнь врача, отпуск, увольнение и т.п.) клиника может заменить врача, уведомив меня об этом лично либо по телефону и получив мое согласие.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Я внимательно ознакомился/ась и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.**

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
(подпись врача) (расшифровка подписи)