

Информированное добровольное согласие на лечение периодонтита

г. Москва

ДатаЗаключенияДоговора

Я, ФамилияИмяОтчествоПациента,

(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 заболевания _____

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> К04.4 Острый апикальный периодонтит
пульпарного происхождения | <input type="checkbox"/> К04.6 Периапикальный абсцесс с полостью |
| <input type="checkbox"/> К04.5 Хронический апикальный периодонтит | <input type="checkbox"/> К04.7 Периапикальный абсцесс без полости |
| | <input type="checkbox"/> К04.8 Корневая киста |

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

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 переапикальных 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, рецидив воспалительного процесса в переапикальных тканях зуба, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

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.

Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 3-4 дня, а при «накусывании» вплоть до двух-трех недель.

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

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после лечения периодонтита являются болевые ощущения в области пролеченного зуба и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику ООО «ПРОФИСТОМ» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

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

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом ООО «ПРОФИСТОМ».

Беседу провел врач _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства
_____ (подпись)