

ПРИЛОЖЕНИЕ К ДОГОВОРУ № 01-01/20-С-0001 ОТ 01.01.2020
Информированное добровольное согласие
на лечение пульпита

Г. Электросталь

01.01.2020

Я, _____ *Клиент Клиент Клиент*

настоящим подтверждаю что, в соответствии со статьями 20, 21, 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня заболевания пульпит - острое воспаление сосудисто-нервного пучка в зубе (пульпы) вследствие проникновения в нее бактерий из кариозной полости зуба, а также даны разъяснения о конкретной разновидности диагностированного у меня заболевания (нужное отметить):

K04.0 Пульпит

K04.1 Некроз пульпы

K04.2 Дегенерация пульпы

K04.3 Неправильное формирование твердых тканей в пульпе

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение осложнения в виде новых заболеваний: периодонтита, периапикального абсцесса, корневой кисты, прогрессирования заболевания, развития инфекционных осложнений, появления и нарастания болевых ощущений, потери зуба, а также системных проявлений заболевания.

Я информирован(а) врачом о том, что метод лечения пульпита заключается в удалении болезненно измененной пульпы, дезинфекции пульпарной камеры, механической и медикаментозной обработке кариозной полости и каналов корня зуба и заполнении их пломбировочным материалом с последующей реставрацией анатомической формы зуба.

Я информирован(а) врачом о том, что альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения вообще.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен (на) с тем, что хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, она является биологической процедурой и потому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. В следствии этого возможными следующие последствия и осложнения после проведенного медицинского вмешательства:

- из-за 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; перелом корня зуба; невозможность удалить старую корневую пломбу либо металлический штифт из корневого канала;
- вывод пломбировочного материала за верхушку корня зуба; обнаруженный и, соответственно, незапломбированный дополнительный корневой канал; аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения; даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 3-4 дня, а при «накусывании» вплоть до двух недель.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что имеется определенный процент (5-10%) неудачного эндодонтического лечения, что может грозить перелечиванием корневых каналов в будущем, периапикальной хирургией и даже удалением зуба или его части.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что при необходимости лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, при создании доступа к этим корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции, что может привести к ее необратимому повреждению. Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к необходимости его удаления.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что:

- необходим рентгенологический контроль качества эндодонтического лечения в процессе лечения и в будущем;
- даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем;
- после эндодонтической терапии необходимо восстановление зуба коронкой, иначе проведенное лечение может потерпеть неудачу, что может стать причиной потери зуба.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) со всеми возможными временными последствиями эндодонтического лечения: ощущением дискомфорта; болевыми ощущениями; болью при накусывании на зуб; отечностью десны в области зуба или лица после лечения. Эти последствия могут продолжаться и сохраняться от нескольких часов до нескольких дней.

Я предупрежден(а) и согласен(на) с тем, что объем манипуляций в ходе процедуры может варьироваться, а окончательный выбор объема корректируется во время проведения процедуры врачом. В случае необходимости корректировки процедуры или проведения другой процедуры я доверяю врачу принять соответствующее решение и выполнить любые медицинские действия, которые он сочтет необходимыми. В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. В случае возникновения неотложных ситуаций, даю согласие на госпитализацию.

Мне разъяснено, что симптомами осложнений после лечения являются болевые ощущения в области вмешательства, и что при появлении болевых ощущений после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику ООО «Дюна» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений. При отсутствии осложнений посещение врача осуществляется планоно.

Я добросовестно поставил(а) в известность и ответил(а) на все вопросы врача обо всех проблемах своего здоровья, в том числе о(б): аллергии; индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов; перенесенных и известных травмах, операциях, заболеваниях; принимаемых лекарственных средствах; об экологических, производственных факторах физической, химической, биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности. Я подтверждаю, что в анкете назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния.

Я сообщил(а) правдивые сведения о себе, а именно: о наследственности; об употреблении алкоголя, наркотических, токсических средств. Я понимаю, что выполнение процедуры при существующих противопоказаниях к ней могут спровоцировать нежелательные побочные эффекты.

Я утверждаю, что противопоказаний, о которых меня информировал врач, у меня нет. При наличии у меня противопоказаний и не уведомлении о них врача в случае возникновения побочных эффектов процедуры я отвечаю за все последствия без претензий к врачу и Исполнителю.

Я подтверждаю, что в доступной форме уведомлен(а) и в полной мере проинформирован(а) врачом о(об):

- осуществляемой Исполнителем медицинской деятельности;
- режиме работы Исполнителя;
- видах, качестве, условиях предоставления медицинской помощи;
- уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- альтернативных методах лечения;
- возможной необходимости выполнения других медицинских вмешательств, процедур, исследований, мероприятий;
- показаниях, противопоказаниях, возможных побочных реакциях, осложнениях, возможном риске, последствиях, результатах;
- необходимости соблюдения режима при проведении процедуры, регулярном применении назначенных препаратов;
- необходимости немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, незамедлительной явке на осмотр в случае возникновения осложнения, обязанности информирования врача о состоянии здоровья;

- согласовании с врачом приема новых препаратов перед их применением;
- риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов;
- о возможном отличии результатов процедуры от ожидаемых, о невозможности гарантировать врачом только положительных результатов процедуры и с этим соглашаюсь;
- качественном выполнении врачом соответствующей квалификации клинических, диагностических, технологических этапов проведения процедуры, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Я подтверждаю, что:

- текст мною прочитан, полученные объяснения врача меня полностью удовлетворяют, понятно содержание и назначение данного документа, понятен смысл всех терминов;
- все данные, полученные от меня, записаны верно;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- рекомендации после проведения процедуры предоставлены в полном объеме;
- понимаю, что несоблюдение указанных рекомендаций, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой процедуры, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье;
- понимаю, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений;
- имел(а) возможность задать врачу все интересующие вопросы, и врачом даны исчерпывающие ответы на все заданные вопросы;
- данное согласие является подтверждением обсуждения мною с врачом вышеупомянутой процедуры;
- согласен(на) с тем, что назначение врачом вышеуказанной процедуры носит лишь рекомендательный характер;
- согласен(на) на фото видео документирование процедуры и понимаю, что эти фото и видео документы станут собственностью Исполнителя, и могут быть использованы для научных, учебных целях, но не будет нарушать конституционных прав на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность;
- в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года №390 даю согласие на проведение при необходимости следующих манипуляций и вмешательств: опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза), осмотр, исследования, термометрию, измерение артериального давления, введение лекарственных препаратов, назначение лечебно-оздоровительного режима;
- согласен(на) с тем, что в случае своего обращения в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) в период проведения процедуры (курса процедур), без согласования с врачом, для продолжения лечения или устранения допустимых реакций и осложнений организма на процедуру, исключается виновное пренебрежение моими и представляемого законными интересами со стороны врача и Исполнителя, и, как следствие, врач и Исполнитель не принимают на себя ответственности за проведение стороннего альтернативного вмешательства, результат вмешательства и невозможность завершения начатой процедуры.
- понимаю, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений;

Я разрешаю в случае необходимости, в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона №323-ФЗ, предоставить информацию о своем (представляемого) диагнозе, степени тяжести, характере заболевания гражданам:

(указать Ф.И.О., год рождения, контактная информация, по желанию – степень родства)

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

На основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом ООО «Дюна».

Беседу провёл врач

_____ (подпись)

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства

_____ (Клиент К.К.)

_____ (подпись)

Пациент отказался от проведения медицинского вмешательства

_____ (Клиент К.К.)

_____ (подпись)