

ПРИЛОЖЕНИЕ К ДОГОВОРУ № 01-01/20-С-0001 ОТ 01.01.2020
Информированное добровольное согласие
на хирургические методы лечения болезней периапикальных тканей (тканей, окружающих корень зуба)

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 (различных видов заболеваний)-пародонтита, пародонтита, пародонтоза-воспалительной или не воспалительной природы в периапикальных тканях, то есть тканях, окружающих зуб, а также даны разъяснения о конкретной разновидности диагностированного у меня заболевания (нужное отметить):

K04.4 Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения

K04.5 Хронический апикальный периодонтит

K04.6 Периапикальный абсцесс с полостью

K04.7 Периапикальный абсцесс без полости

K04.8 Корневая киста

K04.9 Другие и неуточненные болезни пульпы и периапикальных тканей (ранее проведенная некачественная эндодонтическая терапия зуба могущая вызвать впоследствии воспалительный процесс в периапикальных тканях зуба)

K05.3 Хронический пародонтит

K05.4 Пародонтоз

K05.5 Другие болезни пародонта

K05.6 Болезнь пародонта неуточненная

Мне врачом объяснено и понятно, что зачастую лечение этих заболеваний лишь терапевтическими методами, информированные добровольные согласия на которые были подписаны мною ранее или будут предложены для подписания, может оказаться недостаточным и не приведет к положительному результату. В этом случае после терапевтического лечения для увеличения вероятности положительного исхода лечения, с учетом тяжести заболевания, могут быть проведены следующие виды хирургического вмешательства:

- резекция верхушки корня зуба—хирургическое отсечение части корня зуба с возможным ретроградным пломбированием канала зуба;
- ампутация корня зуба—полное удаление одного или нескольких корней во много корневых зубах с сохранением коронковой (наддесневой) части зуба над удаляемыми корнями;
- гемисекция корня зуба—полное удаление одного или нескольких корней во много корневых зубах без сохранения коронковой (наддесневой) части зуба над удаляемыми корнями;
- коронорадикулярная сепарация—разделение корней и коронковых частей зуба на два самостоятельных сегмента;
- цистотомия-метод хирургического лечения кисты, при котором удаляют переднюю стенку кисты и сообщают ее с преддверием или с собственно полостью рта;
- цистэктомия-радикальная операция, при которой проводят полное удаление кисты, ее оболочки с возможной резекцией верхушки корня зуба.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что в случае отказа от указанного вмешательства 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; усложнение и даже невозможность будущего ортопедического и ортодонтического лечения зубов; летальный исход.

Все эти оперативные вмешательства производятся через разрез слизистой оболочки со стороны преддверия полости рта с откидыванием слизистой-надкостничного лоскута и, почти всегда, с последующим возвращением его на место. Для скорейшего восстановления целостности костной ткани могут использоваться специальные костеобразующие материалы (Bio-OSS, Per Gen и др.) и мембраны (HPT Bio-Gite, HPT Gore-Tex и др.), а также возможна пересадка собственной кости пациента как совместно с костеобразующими материалами, так и без них.

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

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 ни врач, проводящий хирургическое вмешательство, ни Исполнитель не представляют никаких гарантий на данную медицинскую услугу, так как хирургические методы лечения болезней периапикальных тканей являются дополнительными, вспомогательными, всего лишь увеличивающими вероятность спасения зуба. Все ортопедические конструкции, опирающиеся на прооперированные зубы, не являются надежными и могут рассматриваться исключительно как временные.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с возможными последствиями и осложнениями после проведенного медицинского вмешательства: рецидив воспалительного процесса в периапикальных тканях зуба; травма других зубов; появление или нарастание боли; кровотечение; осложнения воспалительного характера (альвеолит, остеомиелит и др); ограничение открывания рта; повышение температуры тела; появление симптомов общей интоксикации организма; увеличение лимфатических узлов; аллергические реакции; обострение системных заболеваний организма; нарушение состава кишечной микрофлоры, связанное с приемом антибиотиков при их назначении и иные неожиданные последствия и осложнения.

Я предупрежден(а) и согласен(на) с тем, что объём манипуляций в ходе процедуры может варьироваться, а окончательный выбор объёма 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 сочтёт 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 по плану.

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)