УФ-8, версия 3

Информированное добровольное согласие на проведение эндодонтического лечения в ООО «Антериор»

Я, _____(ФИО)
в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне следующих медицинских услуг: эндодонтическое лечение.**

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Я ознакомлен (а) с техническими особенностями процедуры как первичного так и повторного ***эндодонтического лечения*** *(лечения корневых каналов зуба)* и даю свое согласие на ее проведение. Мне разъяснено, что альтернативными методами лечения являются: удаление зуба, зубосохраняющие операции (резекция верхушки корня, гемисекция, ампутация корня) от которых я отказываюсь.

Мне разъяснено, что особенностью эндодонтического лечения является возможность отламывания инструмента в канале. В ряде случаев, при отломе, извлечение инструмента из канала технически не возможно и/или не целесообразно ввиду возможного ослабления стенки корня при попытке извлечения инструмента. Мне разъяснено, что при соблюдении протокола лечения, сам по себе отломанный инструмент воспалительных процессов и осложнений не вызывает и на успехе эндодонтического лечения не сказывается, так как он изготовлен из медицинских сплавов, инертных для организма человека. Я согласен(а) с тем, что окончательное решение о необходимости извлечения сломанного инструмента принимается моим лечащим врачом на основании имеющейся клинической картины.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и понимаю, что при проведении лечебных манипуляций по ***эндодонтическому лечению*** существует определенная степень риска.

Я получил подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен (а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время лечения корневых каналов включая анестезию и прием лекарственных средств, в т.ч.:

- невозможность удаления старой корневой пломбы при перелечивании корневого канала;
- перфорация и перелом корня, стенок зуба, возникающие при лечении искривленных корневых каналов, при сильной кальцификации корневых каналов и при затрудненном открывании рта.
- при эндодонтическом вмешательстве возможно обострение хронического процесса и появление болевых ощущений в зубе при надкусывании и жевании, а также отека и припухлости десны и мягких тканей лица в области леченого зуба.
- аллергические реакции и др.

Мне разъяснено, что в случае проведения повторного эндодонтического лечения вероятность вышеуказанных осложнений увеличивается.

Вышеуказанные осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и повлечь за собой применение методов периапикальной хирургии, физиотерапии и даже привести к удалению зуба. При эндодонтическом лечении зуба, находящимся под протезом, возможно повреждение протеза и возникновение необходимости снятия всей ортопедической конструкции.

Я согласен(а) с тем, что даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя дать гарантии, что зуб, в отношении которого проводилось лечение, в дальнейшем не подвергнется кариозному разрушению и/или перелому в будущем и не появятся показания к его удалению.

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств.

Я понимаю необходимость обязательного восстановления коронковой части зуба после эндодонтического лечения.

Понимая сложность предстоящего лечения, обязуюсь приходить на контрольные осмотры и следить за гигиеной полости рта и понимаю, что лечение может потребовать увеличение количества посещений.

Я согласен (а), что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Я получил (а) полную информацию о гарантийных сроках и ознакомлен (а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача прекращает гарантийные обязательства медицинской организации перед Заказчиком (пациентом), а также может повлечь за собой не достижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно **соглашаюсь** на медицинское вмешательство.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: _____
_____ *(указать какие, если имеются исключения).*

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением: _____ *(указать какие, если имеются исключения).*

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств: 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 7. Рентгенологические методы обследования, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования. 8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

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 лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам: _____.

Примечание: В соответствии со ст. 20. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста, а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство

Врач: _____/_____
фио подпись

Пациент: _____/_____
фио подпись

Дата: _____20____г