

Информированное добровольное согласие на оказание терапевтической стоматологической помощи с проведением эндодонтического лечения

Я, _____ дата рождения _____

адрес регистрации: _____

в отношении себя даю информированное добровольное согласие на оказание мне (ему/ей) терапевтической стоматологической помощи с проведением эндодонтического лечения в ООО «_____» (лицензия № _____ г.).

Настоящее согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказом Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н.

1. Мне будет оказана терапевтическая стоматологическая помощь с проведением эндодонтического лечения, включающая: осмотр, инструментальную диагностику, зондирование, перкуссию, термопробу; рентгенологическое исследование (прицельный снимок, ОПТГ, КЛКТ — по показаниям); лечение кариеса и некариозных поражений твёрдых тканей зубов; эндодонтическое лечение (механическая и медикаментозная обработка корневых каналов, их пломбирование); восстановление зуба после эндодонтического лечения (пломба, вкладка, коронка — по показаниям); профессиональную гигиену и обработку поверхности зуба перед реставрацией (при необходимости). Цель лечения — устранение патологического процесса, сохранение зуба, восстановление его функции и эстетики, предупреждение осложнений.

2. План лечения формируется индивидуально после осмотра и диагностики. Возможные этапы: анестезия (местная инфильтрационная/проводниковая), применение коффердама или оптрагейта; препарирование кариозной полости и создание доступа к корневым каналам; определение рабочей длины канала (апекслокатор, рентген); механическая и медикаментозная обработка корневых каналов с использованием эндодонтических инструментов и моторов; временное или постоянное пломбирование корневых каналов (гуттаперча, пасты, штифты и т. д.); восстановление коронковой части зуба (пломба, вкладка, коронка — по показаниям); контрольные осмотры и рентгенологический контроль (по показаниям). В ходе лечения может быть выявлена необходимость изменить план (например, при сложном строении каналов — применение микроскопа, при перфорации — хирургическое вмешательство). О любых изменениях врач сообщит до их выполнения и получит дополнительное согласие.

3. Мне разъяснены возможные альтернативы: удаление поражённого зуба; отсроченное лечение или отказ от лечения (с риском прогрессирования заболевания, развития осложнений, потери зуба); консервативное лечение без эндодонтии (при поверхностном кариесе); хирургические методы (резекция верхушки корня, гемисекция) — по заключению врача. Я понимаю, что выбор метода лечения осуществляется с учётом клинической ситуации, показаний и противопоказаний, а также моих пожеланий.

4. Мне разъяснено, что любое медицинское вмешательство связано с риском, и 100 % гарантии результата не существует. Возможные осложнения: болевые ощущения, постпломбировочная чувствительность, отёк мягких тканей; аллергические реакции на анестетики или материалы; поломка эндодонтического инструмента в канале, невозможность его извлечения; перфорация стенки корня или дна полости зуба; выведение пломбировочного материала за верхушку корня; неэффективность лечения из-за анатомических особенностей (изогнутые каналы, облитерация, дентиклы) — в 5–10 % случаев; рецидив воспаления, необходимость перелечивания каналов; скол стенки зуба или вертикальный перелом корня после эндодонтии; дискомфорт в области височно-нижнечелюстного сустава; необходимость повторного лечения или хирургического вмешательства.

5. При отказе от лечения возможны: прогрессирование кариеса, развитие пульпита, периодонтита, абсцесса; потеря зуба; распространение инфекции, формирование кисты; нарушение жевательной функции, эстетические дефекты; осложнения со стороны челюстно-лицевой области и общесоматические проявления.

6. Гарантийные обязательства разделяются по этапам лечения для чёткого разграничения зон ответственности.

Этап 1. Диагностика и подготовка. Гарантия на этот этап не устанавливается отдельно — он служит основой для плана. Отказ от контрольного снимка перед обработкой каналов может стать основанием для отказа в гарантии на последующие этапы.

Этап 2. Инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов. Гарантия действует с момента начала обработки до завершения obturation. Клиника гарантирует качество манипуляций: герметичность обработки, отсутствие перфорации стенки корня, корректное использование инструментов.

Этап 3. Obturation (пломбирование) корневых каналов. Гарантия начинается после завершения пломбирования и подтверждает, что система каналов закрыта герметично, без пустот и выведения материала за верхушку корня.

Этап 4. Восстановление коронковой части зуба. Это отдельный гарантийный блок. Клиника гарантирует качество реставрации (пломбы, вкладки или коронки), но только при условии, что пациент восстановил зуб в согласованные сроки: постоянную пломбу — в течение 2 недель, коронку — не позднее 1 месяца после пломбирования каналов. При нарушении сроков гарантия на реставрацию может быть аннулирована из-за повышенного риска скола стенок или повторного инфицирования.

Условия сохранения гарантии на всех этапах: строгое соблюдение назначений врача (приём препаратов, полоскания); посещение контрольных осмотров в назначенные сроки (через 7 дней, 3 месяца и 12 месяцев после завершения эндодонтии) с рентгенологическим контролем при необходимости; соблюдение правил гигиены и ограничение нагрузки на зуб в рекомендованные периоды (первые 24 часа — без твёрдой и липкой пищи, первая неделя — без сильных красителей).

При возникновении недостатков в рамках конкретного этапа пациент вправе потребовать их устранения в установленный срок. Если недостаток возник из-за нарушения пациентом условий (неявка на контроль, несоблюдение гигиены), клиника вправе отказать в гарантийном обслуживании.

7. Я даю согласие на: проведение необходимых рентгенологических исследований (с учётом лучевой нагрузки и противопоказаний); фото- и видеофиксацию манипуляций исключительно для контроля качества лечения, обучения и научных целей при условии обезличивания данных; обработку моих персональных данных в объёме, необходимом для оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации (отдельно подтверждаю согласие на обработку персональных данных в соответствии с ФЗ № 152-ФЗ).

8. Мне разъяснено: право получить полную информацию о состоянии здоровья, методах лечения, рисках и альтернативах; право отказаться от медицинского вмешательства полностью или частично (с оформлением письменного отказа); право потребовать прекращения вмешательства в любой момент; право на получение копий медицинских документов в установленном порядке.

Я подтверждаю, что получил(а) все необходимые разъяснения в доступной форме, имел(а) возможность задать вопросы, ответы на них меня удовлетворили. Моё решение является свободным и добровольным.

9. Фиксация ознакомления с внутренними правилами и гарантиями. С условиями разделения гарантийных обязательств по этапам эндодонтического лечения, сроками восстановления коронковой части и обязанностями пациента для сохранения гарантии ознакомлен. Экземпляр документа с данными условиями получил(а) на руки. С условиями гарантий в Клинике ознакомлен, согласен.

Подпись пациента: _____ / (Ф. И. О.) _____

Подпись врача: _____ / (Ф. И. О.) _____

Дата: «_» _____ 20 г.

Экземпляр согласия выдан на руки пациенту: _____ (подпись)

Второй экземпляр хранится в медицинской карте пациента.