



Информированное добровольное согласие на лечение кариеса зубов и получение анестезиологического пособия

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. 32 Основ законодательства «Об охране здоровья граждан» сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я,

(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном мне/Пациенту, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) диагнозе **кариес зубов** и необходимости его лечения, а также проведения (после согласования со мной) местного обезболивания (анестезиологического пособия) перед стоматологическим вмешательством. До проведения стоматологического лечения с применением анестезиологического пособия я понимаю, что необходимо сообщить лечащему врачу-стоматологу сведения о лекарственной непереносимости.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания и понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз о степени кариозного поражения зуба (зубов) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству. Окончательное решение по плану лечения врач может принять только после того, как проведёт препарирование и удалит все поврежденные кариесом ткани зуба.

Я понимаю, что кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а, следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования).

Я так же понимаю, что кариозное поражение, которое кажется «небольшой дырочкой», может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а, следовательно, потребуется реставрация значительной части зуба или постановка коронки (при необходимости). Процедура лечения кариеса имеет своей целью оздоровление полости рта, продление срока службы зубов и заключается в удалении пораженных кариесом тканей зуба, обработке подготовленной полости медицинскими препаратами для снятия чувствительности и закрепления прилегания пломбировочного материала, внесении пломбировочного материала, шлифовке и полировка пломбы по прикусу.

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой пломбировочный материал будет мной выбран и от размера пораженного участка зуба (зубов).

Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, а именно удаление пораженного зуба, или не проведение лечение как такового.

Я осведомлён (а) о последствиях полного или частичного отказа от данного лечения, а именно прогрессирование кариеса, развитие его осложнений; воспаление пульпы; периодонтит; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); нарушение общего состояния зубов.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Я информирован(а) о всех возможных осложнениях, которые могут произойти как во время, так и после лечения, в том числе:

- воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий, если слой дентина тонкий, в этом случае потребуется эндодонтическое лечение корневых каналов;
- возобновление кариозного процесса по прошествии какого-то времени вследствие жевательной нагрузки на пломбу, что может потребовать повторное лечение.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Применение местной анестезии может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги: возникновению гематомы (кровоизлияния) в месте укола, обусловливающей неприятные ощущения в области укола, эрозии в месте укола, аллергической реакции немедленного типа на обезболивающие вещества (появление на коже пятен, сыпи, отёка мягких тканей, анафилактического шока), токсической реакции на обезболивающее вещество (тошнота, рвота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации), истерической реакции, развитию длительного онемения в области укола, обусловленного попаданием препарата в нерв, кровотечения, гипертензии, обморока, коллапса, судорожных состояний, стенокардии, вызвать приступ бронхиальной астмы, эпилепсию, кашля, аритмии, острую дыхательную недостаточность и др.

Факторами риска для развития указанных осложнений вследствие оказания анестезиологического пособия являются сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, сердечные аритмии, гипертоническая болезнь, гипотония, бронхиальная астма, аллергические состояния, проводимая антикоагулянтная терапия, эпилепсия, глаукома, сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз и др.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженному стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантированном сроке, действующем в Киршской стоматологической клинике на пломбирование и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я доверяю лечащему врачу и согласен(на), что в исключительных случаях (болезнь врача, отпуск, увольнение и т.п.) поликлиника может заменить врача, уведомив меня об этом лично либо или по телефону и получив мое согласие.

и получив мое согласие.

В Киршской стоматологической поликлинике по желанию Пациента (законного представителя) с его добровольного согласия могут применяться для лечения кариеса и проведения местной анестезии пломбировочные материалы и растворы анестетиков сверх утвержденного «Перечня лекарственных препаратов и медицинских изделий, необходимых для оказания стоматологической медицинской помощи в рамках ТППТ бесплатной медицинской помощи в Ленинградской области», уровня финансирования ТППТ и «Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов», на основании соответствующего договора об оказании платных услуг.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения кариеса на предложенных условиях, о чём расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента/Законного представителя: _____ /
(подпись) _____ /
(расшифровка подписи)