Общество с ограниченной ответственностью
“Точная стоматология”
ИНН/КПП: 2310194720/231001001
ОГРН: 1162375039727
Адрес регистрации и осуществления м\деятельности:
350072, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Московская, д. 57/1,
офис. 8
Тел. 8(918)070-70-25; e-mail: Swisskrd07@yandex.ru

ШВЕЙЦАРСКАЯ ЭСТЕТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
лечение пульпита

г. Краснодар «___»_____202____г.

Я, _____

(Ф.И.О -полностью, контактный телефон)

Являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным

_____

(**Ф.И.О.** ребенка или недееспособного гражданина – **полностью, дата рождения**)

в соответствии и на основании ст.ст 19- 23 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим выражаю свое добровольное информированное согласие на проведение медицинского вмешательства мне\лицу, интересы которого я представляю (не нужное вычеркнуть) в ООО «Точная стоматология» (Далее Исполнитель, либо медицинская организация) **проведение медицинского вмешательства – лечение пульпита** _____

(указать диагноз, указать № зуба, указать метод лечения, техника проведения)

Классификация пульпита (МКБ-10)(нужное подчеркнуть):

К 04.00 Начальный пульпит [гиперемия]; К 04.0.1 Острый; К 04.02 Гнойный [пульпарный абсцесс]; К 04.03 Хронический ; К 04.04 Хронический язвенный; К 04.05 Хронический гиперпластический [пульпарный полип] .

Медицинский работник_____разъяснил:

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Этот документ подтверждает, что я ознакомился (ознакомилась) и согласен (согласна) с предлагаемым планом, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги, а также с альтернативными вариантами лечения.

Лечащим врачом мне разъяснено, что: **Пульпит** (К04.0 по МКБ-10) – это воспалительный процесс, проявляющийся после прорезывания зубов, при котором происходит ряд изменений в пульпе зуба. Воспалительный процесс в пульпе зуба является результатом ее реакции на различные раздражители. Наиболее часто причиной воспаления в пульпе являются микроорганизмы и их токсины, попадающие в пульпу из кариозной полости через дентинные трубочки, из инфицированных пародонтальных карманов, или с крово- и лимфотоком при острых воспалительных заболеваниях. Этиологическими факторами, вызывающими пульпит, могут быть микроорганизмы кариозной полости, химические вещества (ингредиенты пломбировочных материалов), температурные (препарирование зубов без охлаждения) и механические воздействия (травма зуба, случайное вскрытие полости зуба, перемещение зубов при ортодонтическом лечении). Воспаление пульпы может развиться в интактных зубах в связи с проникновением микроорганизмов из ближайших инфекционных очагов.

Лечение пульпита - включает:

- мероприятия, направленные на сохранение жизнеспособности пульпы (по возможности); -проведение местной анестезии (при отсутствии общих противопоказаний); -создание доступа к полости зуба; -раскрытие полости зуба; -создание прямолинейного доступа к корневым каналам; - удаление пульпы; -прохождение корневого канала; - определение рабочей длины корневого канала; -обработку корневых каналов (механическую и медикаментозную); -пломбирование корневых каналов; -контроль с помощью методов лучевой визуализации; -применение физических методов (по потребности); -реставрацию зубов после эндодонтического лечения.

Рабочая длина канала - это длина канала до апикального сужения. При сохраненной коронковой части определяется (с обязательным рентгенологическим контролем) у фронтальных зубов от режущего края, у жевательных зубов от бугра, при разрушенной коронковой части от устья канала. Рабочая длина канала необходима для контроля глубины проникновения инструментов при обработке и при пломбировании канала.

В случае безуспешного консервативного лечения или его невозможности рассматривается вопрос об удалении зуба.

Лечение пульпита в настоящее время обязательно (при отсутствии противопоказаний) проводить под местной анестезией без использования девитализирующих препаратов.

Выбор метода лечения пульпита зависит от клинической картины, проявлений и симптомов, диагноза и может быть разным – от динамического наблюдения до удаления зуба.

При начальном и остром пульпите и/или случайном вскрытии полости зуба возможно применение методов сохранения пульпы (полного или частичного).

Метод полного сохранения пульпы

Пломбирование проводят в одно или два посещения. При методике лечения в два посещения лечебный подкладочный материал вносится в сформированную полость не менее чем на 1 месяц. Одноэтапное лечение данных форм пульпита рекомендуется в исключительно редких случаях: когда имеется плотный дентин, минимально прокрашиваемый кариес – детектором, и когда у пациента отсутствует возможность повторного посещения.

Метод частичного сохранения пульпы - витальной ампутации пульпы - пульпотомия (только для многокорневых зубов).

Данный метод лечения предполагает после формирования полости, вскрытие полости зуба, создания доступа к устьям корневых каналов и ампутацию коронковой пульпы. Далее проводят расширение устьев каналов. Затем формируется площадка в устьевой

Пациент (Представитель)_____

части полости и одновременно проводится глубокая ампутация пульпы. После тщательного гемостаза накладывается лечебная прокладка и временная пломба. При отсутствии жалоб через 3-4 недели временная пломба меняется на постоянную.

Метод витальной экстирпации пульпы (пульпэктомия).

Экстирпация пульпы (пульпэктомия) – это удаление всей здоровой или некротизированной ткани. Эндодонтическое лечение начинается с создания доступа к полости зуба, так как очень важна прямая видимость устьев корневых каналов. Проводится полное удаление всех кариозных тканей, дефектных реставраций и снятия искусственных коронок. В то же время необходимо максимально сохранить коронковую часть зуба, чтобы не ослабить стенки. Вскрытие полости зуба проводят шаровидным бором, а для ее расширения (раскрытия) лучше воспользоваться цилиндрическими борами с закругленным концом. Для исключения перфорации зондом исследуют дно полости зуба

Препарирование корневого канала можно разделить на три этапа. Эти этапы взаимосвязаны и направлены на:

- первичную обработку канала для удаления измененных тканей или инородных веществ
- удаление дентинных опилок и начальное формирование канала
- формирование устьевой, средней трети и околоверхушечной (апикальной) части канала для облегчения окончательной очистки и трехмерной обтурации.

Для эффективного и безопасного использования пульпэкстрактора необходимо соблюдать следующие требования:

- доступ к корневым каналам должен быть достаточно широким, чтобы можно было ввести инструмент и удалить пульпу
- инструмент должен иметь достаточную толщину (диаметр), чтобы захватывать пульпу.
- Перед использованием пульпэкстракторов следует промыть полость зуба и устья каналов антисептическим раствором. После удаления содержимого корневых каналов проводится их механическая и медикаментозная обработка. Следующий этап эндодонтического лечения – это формирование корневого канала. Обращать особое внимание на предотвращение выхода инструмента за апикальное отверстие.

Придание формы корневым каналам имеет несколько целей:

- формирование конусности канала на всю его рабочую длину
- обработка всех поверхностей канала
- сохранение адекватного размера апикального отверстия.

Метод девитальной экстирпации пульпы.

Показанием к применению метода девитальной экстирпации пульпы является наличие противопоказаний к применению местной анестезии.

Для девитализации пульпы применяются пасты, в состав которых входит параформальдегид. Также в состав девитализирующих паст входят обезболивающие, антисептические, противовоспалительные средства. Девитализирующую пасту накладывают после удаления размягченного дентина и вскрытия рога пульпы зондом или небольшим шаровидным бором. Пасту вносят в кариозную полость зондом или на небольшом тампоне, полость закрывают временной повязкой. Необходимо следить за тем, чтобы паста не попала на слизистую оболочку десны. Срок действия девитализирующих паст различен (от 2 до 7 дней).

В следующее посещение повязку удаляют, раскрывают полость зуба, производят ампутацию коронковой пульпы, удаление корневой пульпы, обработку и пломбирование корневых каналов под рентгенологическим контролем.

Процесс лечения пульпита завершается рекомендациями пациенту по срокам повторного обращения и профилактике.

Лечение проводится для каждого пораженного зуба независимо от степени поражения и проведенного лечения других зубов.

Для оказания помощи можно использовать только те материалы и лекарственные средства, которые допущены к применению в установленном порядке.

При лечении используются лекарственные препараты

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)	Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Средства, влияющие на обмен веществ в твердых тканях зуба *Кальцийсодержащие препараты*	согласно алгоритму	Анестетики местные	согласно алгоритму
Лечебные подкладки (кальцийсодержащие). Минерал триоксид агрегат	согласно алгоритму	Мумифицирующие пасты (параформальдегид)	согласно алгоритму
Анестетики местные	согласно алгоритму	Гипохлорит натрия	согласно алгоритму
		Кровоостанавливающие препараты	по потребности
		Пасты для пломбирования корневых каналов (на основе эвгенола, эпоксидных смол, акриловые, полиэтиленовые и поливиниловые смолы, на основе резорцин – формальдегида, с гидроксидом кальция, с трикальцийфосфатом и йодоформом, гуттаперчивые штифты, поликарбоксилатные цементы).	согласно алгоритму

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям, при необходимости перед проведением анестезии место вкола обрабатывается местным анестетиком. Подкладочные кальцийсодержащие препараты используются с целью воздействия на микрофлору кариозной полости, декальцинации деминерализованного дентина, образования вторичного дентина. В практике используются различные варианты лечебных подкладочных материалов, (химического отверждения или светового отверждения). Химически отверждаемые материалы бывают

однокомпонентные (нетвердеющие) или двухкомпонентные (твердеющие). Для одноэтапного лечения начального пульпита лучше использовать двухкомпонентные подкладочные материалы. Материал вносится в минимальном количестве, и только в область проекции пульпы зуба. Полость закрывается временной пломбой. В качестве временной пломбы чаще используются стеклоиономерные цементы.

При двухэтапном методе лечения через 1 месяц полностью удаляется кальцийсодержащий материал, проводится оценка плотности дентина (методом зондирования и/или кариесдетектором) и проводится восстановление анатомической формы коронковой части зуба.

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба может проводиться пломбированием и/или протезированием (изготовление вкладки, изготовление искусственной коронки, изготовление штифтовой конструкции). Для выбора метода восстановления анатомической формы коронковой части зуба необходимо оценить степень разрушения коронковой части зуба. Используют индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ)

Индивидуальный план лечения перерывов и повторов разрабатывает лечащий врач.

Я осведомлен, что медицинское вмешательство **является добровольным** и я имею право отказаться от любых медицинских вмешательств, или потребовать их прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ № 323. **Однако, я также предупрежден, что в случае отсутствия адекватного лечения (ухода, коррекции). Пульпит (проблема, диагноз)**, также может привести к возникновению **таких осложнений как**: при несвоевременном или отсутствии лечения, прогрессирование процесса может стать причиной развития заболеваний периодонта, потери зубов, развития гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Зубы с хроническими формами пульпита представляют собой очаги интоксикации и инфекционной сенсибилизации организма. Несвоевременное лечение пульпита приводит к развитию патологических процессов в периодонте и как следствие к удалению зубов, что в свою очередь обусловливает возникновение вторичных деформаций зубных рядов и патологии височно-нижнечелюстного сустава. Болезни пульпы непосредственным образом влияют на здоровье и качество жизни пациента.

Я проинформирован, что лечение пульпита является универсальным методом лечения. Он может применяется в комплексе с иными методами лечения. Н**а сегодняшний день является** современным, безопасным методом, который применяются в целях

Данный метод имеет **ряд преимуществ**, среди которых определяющими являются следующие: большой процент клинического успеха; возможность проведения процедуры амбулаторно; сразу после процедуры пациент может отправиться домой, и/или вернуться к трудовой деятельности.

Я также проинформирован(а) о том, что на сегодняшний день одним из альтернативных методов лечения **пульпита** является удаление зуба. Лечащим врачом мне разъяснено, что основными недостатками **лечение пульпита** являются процедура, может производится в несколько этапов, положительное действие может длится не продолжительное время**,** строгое соблюдение требований, рекомендаций врача, обязательная явка на последующие приёмы, без длительных пропусков врачебных приёмов.

Я подтверждаю, что **в доступной для меня форме проинформирован(а)** обо всех недостатках и преимуществах вышеуказанных методик и получил(а) подробные ответы на все интересующие меня вопросы.

Будучи проинформированным(ой) об альтернативных методах коррекции, лечение пульпита, об их особенностях, а также с учетом пояснений и рекомендаций врача, я принимаю решение лечении диагностированного у меня диагноза Пульпит именно методом лечение пульпита.

Я понимаю, что длительность коррекции (лечения) и повторяемость вышеприведенных манипуляций зависят от особенностей моего организма и общего состояния кожи, дефекта, здоровья**.** В свою очередь, я также осознаю, что **лечение пульпита** заранее предвидеть точное количество процедур, и/или иного невозможно, в связи с индивидуальными особенностями моего организма.

Мне известно, что **лечение пульпита** может являться как самостоятельным медицинским вмешательством, так и составной частью комплекса медицинских вмешательств**.** Такое планирование тактики лечения осуществляется индивидуально по согласованию с пациентом и требует подписания отдельного(ых) информированного(ых) добровольного(ых) согласия(й).

Я также проинформирован(а), что в некоторых случаях в ходе лечения методом **лечение пульпита** в качестве дополнительного или альтернативного метода может **потребоваться применение иного метода**. В таком случае стоимость лечения будет скорректирована соответствующим образом, а со мной будет подписано(ы) отдельное(ые) информированное(ые) добровольное(ые) согласие(я).

Я также предупрежден о том, что в ходе медицинского вмешательства могут возникнуть сложности (*ощущения жжения, покалывания, распирания, давления, другие технические трудности*), которые потребуют изменения тактики и хода проведения, а в редких случаях **переноса вмешательства на другой день. Необходимость коррекции стоимости лечения при этом решается индивидуально.**

Я был проинформирован, что существует ряд абсолютных противопоказаний, при которых **Лечение пульпита** не может быть проведено, подписанием настоящего согласие сообщаю об отсутствии у меня следующих состояний:

- Наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения
- Неадекватное психо-эмоциональное состояние пациента перед лечением
- Острые поражения слизистой оболочки рта и красной каймы губ
- Острые воспалительные заболевания органов и тканей рта
- Угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и т.п.), развывшееся менее чем за 6 месяцев до момента обращения за данной стоматологической помощью
- Отказ от лечения.
- Состояние алкогольного/наркотического опьянения;
- Общее состояние тяжелой и крайне тяжелой степени тяжести.

Я проинформирован, что в любом случае перед проведением **Лечение пульпита** лечащим врачом проводится оценка баланса ожидаемой пользы вмешательства и его рисков с учетом моих (представлений) предпочтений, ожиданий. Результаты данной оценки были доведены до моего сведения, все нюансы разъяснены и мне понятны.

В связи с вышеизложенным, я подтверждаю, **что поставил в известность** медицинского работника обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, и обо всех известных мне особенностях моего организма. Подтверждаю, что при предоставлении такой информации действовал добросовестно, осознавая, что сокрытие или искажение таких сведений может неблагоприятно

Пациент (Представитель)_____

сказаться на результатах коррекции, лечения и на состоянии моего (представляемого) здоровья.

Я предупрежден(а) и понимаю, что несмотря на то, что Лечение пульпита имеет высокий процент клинического успеха, ввиду специфики медицинской деятельности, индивидуальных особенностей организма в целом, которые присутствуют у каждого человека, а также в связи с тем, что действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, невозможно предоставить мне (представляемому) стопроцентной гарантии положительного результата даже при идеальном выполнении всех этапов процедуры.

Я осознаю, что даже при качественном оказании медицинской помощи, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не является на 100% прогнозируемым и может выражаться как в полном устранении дефекта, восстановлении, улучшении состояния, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

Лечащим врачом мне разъяснено, что в случае отсутствия достижения положительного результата дальнейшая лечебная тактика выбирается индивидуально для каждого пациента и может включать в себя *наблюдение, повторное проведение* **Лечение пульпита**, выбор иного метода лечения, **что потребует подписания отдельного(ых) информированного(ых) добровольного(ых) согласия(ий) и возможно коррекции стоимости лечения.**

Мне известно, что **пульпит** (проблемма, диагноз), является состоянием, которое может прогрессировать. **Таким образом, я осознаю**, что достигнутый эффект от **Лечение пульпита** не исключает возможности развития повторных и/или иных симптомов., необходимо повторение процедур введения.

Я также предупрежден(а) о следующих возможных осложнениях и последствиях после проведения Лечение пульпита:

Часто встречающиеся негативные эффекты
- боль малой или умеренной интенсивности в зоне проведения вмешательства; *-побочные реакции на процедуру;* *– ощущения жжения, покалывания,давления, ползания мурашек и др*
Редко встречающиеся негативные эффекты
-кровоизлияния; - Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)*;*
Крайне редко встречающиеся негативные эффекты
- кровотечение во время процедуры или после нее; *- нагноение ран;* *- другие непрогнозируемые осложнения, в том числе, представляющие угрозу жизни.*

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния, являются вероятными объективными неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала

Также я предупрежден, что при **существенном изменении моего самочувствия или состояния** (выраженный болевой синдром, приступ одышки, резкое падение артериального давления, приступ потери сознания, выраженное учащенное сердцебиение и т.д.), мне (представляемому) следует незамедлительно обратиться в ООО «Точная стоматология», либо вызвать «скорую помощь», либо обратиться в иную медицинскую организацию для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше серьезных осложнений.

Также я проинформирован о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения. В частности, **мне известно** о необходимости отдыха после процедуры в течение времени, назначенного врачом. Я также отдельно предупрежден о том, что после процедуры стоит воздержаться от приёма пищи в течение 2 часов. Категорически противопоказано употребление спиртных напитков, а также необходимо сократить употребление кофе и чая. После проведенного лечения необходимо динамическое наблюдение за зубом в течение 2-х лет. Контрольное рентгенологическое обследование следует проводить не позднее 1 года после пломбирования. Запломбированные зубы необходимо чистить зубной щеткой с пастой так же, как естественные зубы - два раза в день. После еды следует полоскать рот для удаления остатков пищи. Для чистки межзубных промежутков можно использовать зубные нити (флоссы) после обучения их применению и по рекомендации врача-стоматолога. При возникновении кровоточивости при чистке зубов нельзя прекращать гигиенические процедуры. Если кровоточивость не проходит в течение 3-4 дней, необходимо обратиться к стоматологу терапевту.

Если после пломбирования и окончания действия анестезии пломба мешает смыканию зубов, то необходимо в ближайшее время обратиться к лечащему врачу-стоматологу. При пломбах из композитных материалов не следует принимать пищу, содержащую естественные и искусственные красители (например: чернику, чай, кофе и т.п.), в течение первых 2-х суток после пломбирования зуба. Возможно временное появление боли (повышенной чувствительности) в запломбированном зубе во время приема и пережевывании пищи. Если указанные симптомы не проходят в течение 1-2 недель, необходимо обратиться к лечащему стоматологу. При возникновении в зубе резкой боли, необходимо как можно быстрее обратиться к лечащему стоматологу. Во избежание сколов пломбы и прилегающих к пломбе твердых тканей зуба не рекомендуется принимать и пережевывать очень жесткую пищу (например: орехи, сухари), откусывать от больших кусков (например: от цельного яблока). Раз в полгода следует посещать стоматолога для проведения профилактических осмотров и необходимых манипуляций (при пломбах из композитных материалов – для полировки пломбы, что увеличит срок её службы).

Кроме того, мне известно, что проведение **Лечение пульпита** не имеет патогенетической связи с другими заболеваниями и лишь в крайне редких случаях может являться причиной их возникновения. **С учетом данных пояснений мне понятно**, что болевые и другие неприятные ощущения после процедуры иногда могут быть не связаны с проведенным лечением, а являться следствием сопутствующей патологии различных заболеваний. **Лечащим врачом я проинформирован**, что их лечение должно проводиться соответствующими врачами-специалистами.

Я подтверждаю, что внимательно прочел и понял всю информацию о предстоящем мне (представляемому) медицинском вмешательстве, его целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, его последствиях, а также о предполагаемых результатах. Текст настоящего информированного согласия **мне понятен, неясные для меня термины, фразы, либо части текста отсутствуют.**

Я подтверждаю, что имел возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение и даю добровольное информированное согласие на проведение мне в ООО «Точная стоматология» **Лечение пульпита**

Пациент (Представитель)_____

_____
_____

Я понимаю, что факт моего согласия на медицинское вмешательство влечет соответствующие юридические последствия. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.

Я подписываю настоящий документ, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой и доступной для понимания информацией для принятия решения, в спокойном состоянии, не под влиянием аффекта.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ **Лечащим врачом.**

(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства

_____ _____ _____(дата)

(подпись) *(ФИО)*

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту (представителю пациента) суть, ход, риск проведения процедуры **Лечение пульпита**, *дал ответы на все вопросы.*

Медицинский работник: _____ ФИО_____(подпись)

Настоящий документ составлен в одном экземпляре и хранится в медицинской документации Пациента.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Лечение пульпита

Лист подтверждения ознакомления с содержанием и выражения согласия с мед\вмешательством:

Дата	Диагноз (МКБ-10)	Ф.И.О (полностью), должность и подпись медицинского работника Я свидетельствую, что разъяснил(а)пациенту суть, ход выполнения, риски альтернативу проведения предстоящего мед.вмешательства, дал(а) ответы на все вопросы	Ф.И.О (полностью), и подпись пациента/законного представителя Я принимаю решение и выражаю свое согласие приступить к лечению на предложенных условиях

Пациент (Представитель)_____