

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ПУЛЬПИТА

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (сна) с названными мне условиями его проведения

Я, {{пациент.фио_полное}}, {{пациент.дата_рождения_год}}

(ФИО полностью), года рождения

проживающий (ая) по адресу: {{пациент.адрес}}

{{% if пациент.представитель_имеется %}}

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан

Я, {{пациент.представитель_фио}}

Паспорт: {{пациент.представитель_документ_номер}} выдан {{пациент.представитель_документ_выдал}}

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун — *нужное подчеркнуть*) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:

{{пациент.фио_полное}}, {{пациент.дата_рождения_год}}

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

{{% else %}} {{% endif %}}

Соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить врач стоматолог

{{визит_на_прием.специалист.специализация}} {{визит_на_прием.специалист.фио_полное}} (далее по тексту - врач).

(должность, ФИО)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата за медицинское вмешательство производится в день проведения по прейскуранту Клиники.

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

№	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1			

Пульпит - воспалительный процесс в пульпе (нервно-сосудистом пучке) и корневых каналах зуба.

Мне разъяснено, что в зубной коронке есть полостная пульпарная камера, где находится сплетение кровеносных сосудов, соединительной ткани и нервных окончаний. Все это вместе составляет пульпу, главной функцией которой является питание коронковой и корневой части.

Мне разъяснено, что пульпит обычно возникает в результате: воздействия микробов кариозного очага; травмирования пульпы из-за отлома зубов; грубых механических действий при лечении зубов с затрагиванием пульпы; при периодонтите, из-за перехода инфекции на ткани зуба; гематогенного заноса (через кровь) инфекции при серьезных инфекционных процессах в организме; воздействия химических веществ (пломбирочные материалы и другие вещества), при тепловом воздействии, ортодонтическом лечении и т.д.

Мне разъяснены симптомы пульпита: резкая приступообразная боль, может нарастать ночью; болевые ощущения при пережевывании пищи, сопровождается кровоточивостью дёсен и гнилостным запахом из полости рта; эмаль темнеет, десна отекает, могут увеличиться регионарные лимфоузлы; зуб болезненно и продолжительно реагирует на холодное и горячее; пациенту сложно понять, где локализуется боль; боль периодически отдаёт в висок, ухо или шею.

Мне разъяснено, что существует несколько классификаций пульпита: острый пульпит: очаговый, диффузный; хронический пульпит: фиброзный, гипертрофический, гангренозный; обострение хронического пульпита: фиброзный пульпит, гангренозный пульпит. Кроме того, пульпит различают по состоянию пульпы: интактная невоспаленная пульпа, атрофичная пульпа, обратимый пульпит, необратимый пульпит, некроз пульпы.

Мне разъяснены методы диагностики пульпита: зондирование; термодиагностика; ЭОД (электроодонтодиагностика); апекслокация корневого канала; рентген-снимок.

Мне также разъяснены, способы лечения пульпита:

- биологическое лечение (консервативный метод). Консервативное лечение показано на ранних стадиях острого пульпита. Врач полностью вычищает кариозную полость, закладывает в нее антибиотик и закрывает временной пломбой. Через несколько дней, когда лекарство подействует и инфекционный процесс будет остановлен, временную пломбу меняют на постоянную.

Консервативное лечение позволяет сохранить зуб живым (не удалять нерв).

- витальный метод (витальная ампутация). Пульпа сохраняется частично, удаляется её коронковая часть. В корневых каналах она остаётся живой, восстанавливается функционирование зубной единицы. Этот метод применяют в многокорневых зубах.

- хирургическое лечение (депульпирование каналов зуба) проводят в 85% случаев. Врач вычищает кариозную полость, удаляет зубной нерв, заполняет корневые каналы пломбирочным материалом и восстанавливает коронку зуба. Если зуб восстановлению не подлежит, то его удаляют.

Мне разъяснено, что если вовремя не провести удаление пульпита, то возможны и более тяжелые последствия: проникновение гноя в челюсть и мягкие ткани, тяжелые сепсисы, абсцессы и остеомиелиты.

Мне разъяснено, что при пульпите все манипуляции с пораженным зубом проводят под местной анестезией.

Мне разъяснено, что в процессе проведения манипуляции пациенту, страдающему расстройством аутистического спектра, возможны: приступы агрессии/паники, громкий крик, пациент может нанести вред себе и окружающим, проявить другие нестандартные поведенческие реакции.

В доступной для меня форме мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 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*):

{{пациент.фио_полное}}, {{пациент.номер_телефона}}
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
{{пациент.фио_полное}}, {{пациент.номер_телефона}}
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ {{пациент.представитель_фио}} {{пациент.фио_полное}} {{пациент.номер_телефона}}
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)
_____ {{визит_на_прием.специалист.фио_полное}}
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

Я подтверждаю, что:

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения манипуляции.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я понимаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и ситуации, которые могут потребовать изменения плана лечения, применения дополнительных методов, чтобы получить по возможности лучший результат, поэтому уполномочиваю врача и выбранных им помощников осуществить это.

Я даю согласие на фотографирование (без лица) зубных рядов при оказании мне (представляемому) стоматологических услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью Клиники.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня (представляемого) правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей (представляемого) медицинской карты.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

{{пациент.представитель_фио}} {{пациент.фио_полное}} _____
(Ф.И.О. пациента, представителя) (подпись)
{{визит_на_прием.специалист.фио_полное}} _____
(Ф.И.О. медицинского работника) (подпись)

{{документ.текущая_дата_дд_мм_гггг}} (дата оформления)