**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО «ЛЕЧЕНИЕ ПУЛЬПИТА МОЛОЧНОГО ПОСТОЯННОГО ЗУБА» в ООО ЦЭМ «Консул СТ»**

*Настоящее информированное согласие разработано в исполнение требований: ст. 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункта 14, 28 Постановления Правительства РФ от 04.10.20122 № 1006*  [*"Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"*](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_136209/)*; ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Приказа Минздрава РФ от 12.11.2021 № 1051Н “Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства”*

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

|  |
| --- |
| *Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:* Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ являюсь законным представителем *(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)* ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения  |

Я проинформирован(а) лечащим врачом о моем состоянии здоровья
(здоровья ребенка) и поставленном диагнозе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я в доступной для меня форме получил (а) информацию о предстоящем лечении.

**Пульпит** — это воспаление пульпы зуба, возникающее вследствие воздействия на ткань пульпы микроорганизмов, продуктов их жизнедеятельности и токсинов, а также продуктов распада органического вещества дентина.

**Целью предполагаемого лечения является**:

- предотвращение дальнейшего разрушения тканей зуба, возникновения острой боли, утраты зуба, развития некроза (гибели) пульпы, предотвращение острого и хронического периодонтита (полной гибели пульпы с поражением костной ткани в области корней зуба);

- предотвращение поражения зачатка постоянного зуба (изменение цвета, формы, поражение эмали и дентина, вплоть до полной гибели зачатка постоянного зуба);

 - снижение риска развития патологического кариозного процесса других зубов;

 - сохранение и восстановление анатомической формы пораженного зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы;

- предупреждение развития патологических процессов и осложнений в челюстно-лицевой области.

**Относительные противопоказания к лечению:**

- отсутствие психологической адаптации и кооперации со стороны пациента,

- неудовлетворительная гигиена полости рта,

- наличие у пациента воспалительных заболеваний зубочелюстной системы,

 - некоторые виды эндокринных заболеваний с прогрессирующей убылью костной ткани,

 - некоторые виды химиотерапии при онкологических заболеваниях.

Относительные противопоказания не исключают медицинского вмешательства, однако, в большинстве случаев, значительно снижают вероятность благоприятного прогноза.

**Альтернативными методами являются**: удаление пораженного зуба.

**Лечение (очагового) обратимого пульпита** состоит в следующем: удаление инфицированных тканей зуба и/или старой пломбы), оценка объема сообщения кариозных тканей с полостью зуба (пульпы), консистенции и цвета пульпы, времени и качества гемостаза; удаление инфицированной части пульпы, наложение на пульпу биосовместимого препарата группы «минерал триоксид агрегат» с его последующей изоляцией; восстановление зуба прямой (пломба) или непрямой (коронка, вкладка, накладка) реставрацией (по показаниям).

**Возможные осложнения:**

- в течение нескольких лет или месяцев после лечения может развиться воспаление (необратимый пульпит или некроз) пульпы по причинам, не зависящим от действий врачебного персонала, что может потребовать перелечивания (полного эндодонтического лечения) или удаления зуба;

- воспаление межзубного сосочка и резорбция межзубной перегородки;

- даже при успешном завершении лечения зуб может подвергнуться новому кариозному разрушению, что приведет к необходимости повторного лечения, либо лечению корневых каналов или удалению зуба

 - травмирование десны в процессе препарирования и/или изоляции зуба;

 - изменение цвета коронки зуба и пломбировочного материала (реставрации);

 - постпломбировочные боли (болезненные ощущения при накусывании, надавливании на зуб) и повышенная чувствительность зуба после лечения – как правило, проходят в течение 6 месяцев;

- неприятные ощущения от различных раздражителей (холодная или горячая пища, холодный воздух, перепады давления и температур), которые со временем могут либо уменьшиться и пройти, либо увеличиться, что с высокой долей вероятности будет означать переход в стадию необратимого пульпита или некроза пульпы, которая связана с глубоким поражением внутренних структур зуба, и потребует неотложного лечения корневых каналов.

**Лечение (диффузного) необратимого пульпита**:

Эндодонтическое лечение – лечение корневых каналов.

Процедура эндодонтического лечения состоит в следующем: удалении инфицированных тканей зуба, механической и медикаментозной обработки корневых каналов, цель которой - очистка системы корневых каналов от воспаленной или некротизированной пульпы и инфицированных тканей дентина, пломбировочного материала (в случае перелечивания корневых каналов после ранее выполненного лечения), пломбировании корневых каналов ( в молочном зубе проводится посредством плотного заполнения каналов резорбируемыми (растворяющимися со временем) материалами). В зависимости от клинической ситуации пломбирование корневого канала производится сразу после очистки или в интервале от нескольких дней до нескольких недель. В этом случае в корневой канал помещается временная медикаментозная паста, а зуб закрывается временной пломбой для предотвращения повторного инфицирования.

Пломбирование корневого канала постоянного несформированного зуба: современные методики заключаются в создании апикального барьера (метод одноэтапной апексификации), то есть помещение в область незакрытой (не полностью сформированной) верхушки корня биосовместимого препарата группы «минерал триоксид агрегат» с последующей его изоляцией (при необходимости) и плотном заполнении корневого канала специальным материалом - гуттаперчей.

После завершения лечения корневых каналов обязательным этапом лечения, является герметичная реставрация коронковой части зуба в течение 1 месяца. Вследствие утраты значительного количества твердых тканей зуба в процессе удаления инфицированных тканей зуба может потребоваться ортопедическое лечение (покрытие зуба искусственной коронкой, вкладкой, необходимость установления штифтовой конструкции (для постоянного зуба).

Выбор метода лечения определяется доктором и напрямую зависит от степени вовлеченности пульпы зуба в воспалительный процесс, а также степенью сформированности корня.

**Возможные осложнения:**

1. Попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани, полости и каналы;

2. Повреждение зачатка постоянного зуба во время механической обработки корневых каналов молочного, выведение пломбировочного материала непосредственно к зачатку постоянного зуба, что может привести к изменению цвета коронки постоянного зуба, появлению полостей (изменение формы) в твердых тканях коронки постоянного зуба;

3. Перфорация дна или стенок полости зуба во время механической обработки полости зуба, в ходе поиска и расширения корневых каналов;

4. Вертикальная трещина корня зуба во время механической обработки корневых каналов при их повторном лечении (т.е. удалении старой корневой пломбы) и/или пломбировании корневых каналов;

5. Фрагментация эндодонтических инструментов во время механической обработки и пломбирования узких, искривленных, кальцифицированных корневых каналов и при их повторном лечении (т.е. удалении старой корневой пломбы);

6. Даже при успешном завершении эндодонтического лечения зуб может подвергнуться новому кариозному разрушению, что приведет к необходимости повторного лечения корневых каналов либо к удалению зуба.

7. Возможно изменение цвета пломбы при употреблении в первые сутки после лечения в пищу продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свекла, вишня и т.д.).

8. В процессе проведения эндодонтического лечения возможны осложнения, связанные с проведением анестезии, а также с применением медикаментов.

9. Постпломбировочная боль (болезненные ощущения при накусывании на зуб) и повышенная чувствительность зуба после лечения – как правило, проходят в течение 2-4 недель.

10. Гипохлоритовая авария - выведение раствора гипохлорита натрия за пределы верхушки корня, вызывающее боль, отек мягких тканей, появление гематомы, потенциальную парестезию (нарушение чувствительности). Осложнения 1-5 вызваны объективной невозможностью заранее точно установить строение зуба (количество каналов может быть от 1-8), локализацию каналов в зубе. Кроме того, с возрастом количество и расположение каналов в зубах человека может меняться. В редких случаях возможна ситуация, когда боль в области зуба не проходит даже при соблюдении стандарта эндодонтического лечения и при наличии рентгенологически-подтвержденного успеха лечения. Как правило, это свидетельствует о нестоматологическом (не связанном с зубами) происхождении болевого синдрома. Пациент, в этом случае, направляется лечащим врачом к иным специалистам (неврологу, кардиологу, эндокринологу и др.).

**Возможные дискомфортные состояния:**

1.Как правило, лечение проводится безболезненно при постановке местной анестезии. Неприятные ощущения могут быть вызваны необходимостью применения аспирационной системы (пылесоса и слюноотсоса) проявляться в виде рвотного рефлекса, травмирования, пересушивания слизистой оболочки полости рта.

2.Ощущение дискомфорта, появление отечности окружающих тканей в области пролеченного зуба, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней.

3.После эндодонтического лечения (особенно в случае острого, обострения хронического процесса, повторного лечения каналов) возможно развитие воспалительного процесса (усиление боли, появление отека мягких тканей), что может быть связано с наличием агрессивной микрофлоры в очаге воспаления и низким уровнем иммунитета.

4.Допустима припухлость в области зуба, в котором проводится лечение корневых каналов.

5.Возможно временное появление подвижности зуба.

**Прогнозы:** успех лечения пульпитов при первичном лечении зубов без рентгенологического изменения около 93% успеха. При первичном лечении зубов с изменениями на рентгенограмме 70-80% успеха. Зубы пролеченные эндодонтически требуют рентгенологического контроля не менее 2 раз в год.

**Рекомендации пациенту:** своевременное регулярное прохождение профилактических осмотров, рентгенологического исследования и профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальных графиком, составленным врачом.

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

 Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы либо части текста отсутствуют. Я понимаю цель и назначение описанной манипуляции, а также цель и смысл рекомендаций и назначений врача. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и ясные мне по содержанию разъяснения. 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.

Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат манипуляции. Я понимаю также, что прогноз об исходе заболевания (состояния) дается врачом исходя из собственного врачебного опыта и данных медицинской статистики, при этом я, как конкретный пациент в конкретной ситуации лечения, не являюсь усредненной статистической единицей. Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я подтверждаю, что Исполнителем мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства согласно поставленному мне диагнозу.

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. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, Являясь законным представителем Пациента – ребенка, я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

 (подпись врача) (расшифровка подписи) (дата)

Данное Информированное Добровольное Согласие является неотъемлемой частью медицинской карты