# ЛИСТ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО

**СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ПУЛЬПОТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МОЛОЧНОГО ЗУБА(ОВ)**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина или его законного представителя. Данное **информированное добровольное согласие пациента (законного представителя пациента) на проведение эндодонтического лечения корневых каналов зуба,** является Приложением к медицинской карте стоматологического больного

*(указывается полностью Ф.И.О. пациента,*

*в случае несовершеннолетнего пациента еще и Ф.И.О. его законного представителя)*

ЦЕЛЬЮ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЛОЧНОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ СОХРАНЕНИЕ ЗУБА, В АЛЬТЕРНАТИВНОМ СЛУЧАЕ ЗУБ ПОДЛЕЖИТ УДАЛЕНИЮ.

# Принимая во внимание, что (заполняется лечащим врачом):

Коронковая часть зуба/зубов №

* разрушена (кариес , травма )
* неудачно восстановлена с помощью: пломб , штифтов , коронок .
* пломбы, коронки пришли в негодность Нервная ткань зуба/зубов №
* травмирована, повреждена
* воспалена
* погибла

Эндодонтическое лечение зуба(ов) № ранее проводилось с использованием

В костной ткани выявлены признаки воспаления, разрушения и инфицирования канала зуба/зубов № , так как в некоторых случаях заболевание может протекать бессимптомно.

* около верхушки корня
* вокруг корня
* в самом корне
* в области фуркации корней
* в связи с возрастом корень полностью не сформирован, началась резорбция корней Поврежденный(-ые) зуб(ы) можно сохранить с помощью стоматологических процедур. В данном случае необходимо лечение корневых каналов зуба.

Эндодонтическое лечение молочного зуба может состоять из нескольких посещений и варьируется в зависимости от конкретного случая.

Для планирования лечения необходимо предварительно сделать рентгеновские снимки. Безболезненность лечения обеспечивается с помощью анестетиков. Повреждённые пломбы и размягчённый кариесом дентин удаляются. Во время обработки происходит вскрытие пульпарной полости. Пульпотомия – это удаление коронковой части пульпы молочного зуба, когда она «режется» на уровне устьев корневых каналов. Далее с помощью медикаментов производится остановка кровотечения. Затем на устья каналов накладывается лекарство, с помощью которого в области устьев каналов образуется рубец. Пульпа находящаяся ниже рубца остается живой. Далее ставится прокладка и зуб восстанавливается пломбой или коронкой.

При необратимом пульпите накладывается паста для девителизации пульпы, как правило на 7-10 дней. В следующее посещение без необходимости анестезии проводится пульпотомия. Затем на устья каналов кладется тампон с жидкостью для стерилизации и мумификации пульпы или проводится полноценное пломбирование корневых каналов. Зуб закрывается временной пломбой. В последнее посещение зуб восстанавливается пломбой или коронкой.

# Успех эндодонтического лечения зависит от нескольких факторов:

* проводилось ли экстренное лечение или плановое, при бессимптомном течении поражения нерва, в начале лечение, шансы на успех выше;
* нервная ткань зуба была живая или некротизирована;
* первичное лечение или повторное;
* размер поражения костной ткани в области верхушки или вокруг корня, чем больше поражение, тем хуже прогноз;
* в процессе лечения, при исследовании, могут быть выявлены трещины в корне зуба и перфорации, что также снижает шансы на успех и может потребоваться удаление зуба.

**Удаление зуба** – это более быстрая и простая процедура. Все существующие причины воспаления полностью устраняются. В зависимости от возраста и степени резорбции корней это может привести к деформациям прикуса, более раннему или позднему прорезыванию постоянных зубов. Так же молочный зуб будет необходимо удалить в случае появления боли, отека десны вокруг леченного молочного зуба, появления свищевого хода.

Как и другие стоматологические или медицинские процедуры, лечение корневых каналов зубов связано с определёнными рисками, и может сопровождаться **побочными эффектами или**

# осложнениями.

*Наиболее часто встречающиеся симптомы:*

* **дискомфорт или легкая боль** в течение нескольких часов после наложения девитализирующей пасты, при накусывании на зуб или в месте проведения анестезии (устраняется приемом противовоспалительных препаратов и анальгетиков).

*Иногда возникающие осложнения:*

* **недостаточное воздействие анестетика**, боль во время лечения;
* краткосрочный отек, возникающий сразу же или через какое-то время после лечения;
* изменение цвета, потемнение зуба с запломбированным корнем;

# постоянное или регулярное проявление симптомов боли, возникновение припухлости, воспаления на контрольных рентгеновских снимках – признаки воспаления и неудачного лечения.

* **аллергическая реакция** на использованные материалы.

Помимо вышеописанных рисков, могут существовать и иные риски, не упомянутые здесь. В Вашем случае возможны следующие специфические риски:

# Для достижения положительного результата лечения необходимо соблюдать следующие

**рекомендации:**

 Не забудьте проинформировать нас о истории болезни ребенка и имеющейся аллергической реакции. Настоящим Вы информируете нас о следующих заболеваниях и аллергических реакциях:

 В случае появления дискомфорта, боли или каких-либо вопросов незамедлительно обратитесь к Вашему лечащему врачу.

 Если временная или постоянная пломба или коронка стала менее устойчивой, сразу же обратитесь к Вашему лечащему врачу.

 Обязательным условием сохранения результатов данного лечения является строгое соблюдение правил ежедневной гигиены полости рта с применением средств и методов, предписанных врачом стоматологом. И регулярное, не реже двух раз в год (если не оговорены другие сроки) посещение врача-стоматолога с целью профосмотра.

# Последствия отказа от лечения:

В случае отказа от предложенного метода лечения возможны следующие риски:

* зубы с сильным воспалением или мертвой пульпой, а также неполностью запломбированные корневые каналы могут быть поражены изнутри патогенными бактериями, они могут стать постоянным очагом воспаления и, как результат, на верхушке корня зуба может возникнуть разряжение костной ткани (периодонтит), что может негативно сказаться на зачатке постоянного зуба.

# СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА:

Я прочитал(а) и понял(а) информацию, содержащуюся в информационной и документальной форме, в которой отражены основные сведения, полученные входе информационной консультации.

Во время консультации у меня была возможность задать все интересующие меня вопросы, например, о специфических рисках, возможных осложнениях и альтернативных методах лечения.

Лечащий врач дал полные и исчерпывающие ответы на мои вопросы.

Я проинформирован(а), что я могу отозвать свое согласие на данную процедуру в любое до начала лечения.

Мне было дано достаточно времени для принятия решения; мне больше не требуется дополнительное время для обдумывания решения.

# Настоящим я даю свое согласие на проведение предложенной(-ого/-ых) процедур(ы)/метода(ов) лечения. Я даю согласие на анестезию, изменение или продление лечения в случае необходимости, а также на повторное и последующие хирургические вмешательства.

Я также был(а) проинформирован(а) о необходимости регулярно посещать стоматолога и делать профессиональную чистку зубов (минимум два раза в год, желательно три раза в год).

Ни я, ни мои ближайшие родственники, ни люди, представляющие мои интересы, не будут предъявлять финансовых или юридических претензий в отношении того, что перечислено в данном документе. Ксерокопия этого документа несет за собой такую же юридическую силу, как и оригинал. Я полностью ознакомился с документом, мне все понятно, я согласен со всеми положениями данного документа и подтверждаю это своей подписью:

Пациент

*(подпись пациента, либо законного представителя, Ф.И.О.)*

Врач

*(подпись лечащего врача, Ф.И.О.)*

М.П.

Дата « » 202 г.