

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОВ (периодонтит).

Проинформирован(а), что на основании клинических и рентгенологических данных мне установлен диагноз: «**Хронический периодонтит**» в области _____ зуба(ов).

Периодонтит-это инфекционно-воспалительный процесс в костной ткани вокруг зуба, который является очагом и источником хронической инфекции для всего организма.

Периодонтит-заболевание, которое требует обязательного лечения. Не лечение периодонтита может привести к увеличению очага инфекции в костной ткани, обострению и распространению инфекционно-воспалительного процесса на близлежащие органы и ткани челюстно-лицевой области, а также на внутренние органы всего организма.

Есть 2 варианта лечения периодонтита:

1. Хирургический - удаление зуба, резекция верхушки корня, ампутация корня, гемисекция зуба.

2. Консервативный - попытка повторного эндодонтического лечения зуба (лечение в каналах зуба) без гарантийных обязательств со стороны Стоматологического Центра.

Повторное эндодонтическое лечение заключается в следующем:

- снять пломбу, удалить все инфицированные ткани, распломбировать и пройти на всем протяжении каналы, механически и медикаментозно обработать каналы.

- провести противовоспалительную терапию и герметично запломбировать каналы с последующим ортопедическим восстановлением коронковой части зуба (покрытием зуба коронкой).

Предупреждаем Вас о том, что если в процессе лечения возникнут осложнения (отек, боль, повышение температуры, общей слабости), то Вам необходимо сразу же обратиться к лечащему или дежурному врачу стоматологического центра. В случае клинической необходимости, Вам будет назначено медикаментозное лечение, а при неэффективности консервативного лечения проведено хирургическое лечение (удаление зуба или резекция корня зуба).

Ожидаемый результат: Удаление инфекционного агента, восстановление костной ткани в области верхушек зубов и восстановление жевательной эффективности. Длительность лечения определяется динамикой лечебного процесса и требует строго соблюдения графика и сроков посещения, согласованные с лечащим доктором (то есть явка строго в назначенный срок). В обратном случае невозможно гарантировать герметичность и стерильность проводимого лечения. Обычно успех лечения составляет 80 %.

Клиника гарантирует соблюдение технологии лечения, и гарантии на излечение данного зуба не даёт, т.к. предыдущее эндодонтическое лечение привело к возникновению очага инфекции в периодонте, процесс восстановления которого, обуславливается только особенностями и возможностями Вашего организма.

Таким образом, повторное эндодонтическое лечение проводится без гарантийных обязательств со стороны стоматологической клиники.

Если зуб включается в ортопедическую конструкцию и в дальнейшем (после окончания всего лечения) требуется его удаление, клиника не возмещает стоимость лечения этого зуба и стоимость ортопедической конструкции. Пациент сам оплачивает удаление зуба и, новую терапевтическую и ортопедическую работу.

Я подтверждаю, что в данной клинической ситуации мне все разъяснено, понятно и полученной информации достаточно. Решение принял(а) осознанно.

Даю согласие на консервативное лечение периодонтита
зуба(ов).

Обязуюсь соблюдать сроки и график лечения, назначенные лечащим доктором.

От удаления _____ зубов
отказываюсь.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций лечащего врача.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/ здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач. Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.