ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение эндодонтического лечения

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю информированное добровольное согласие на лечение корневых каналов (эндодонтическое лечение). Врач понятно объяснил мне, что:

1. из-за отказа от данного лечения может быть прогрессирование заболевания, появление и нарастание боли, образование периапикальных воспалительных очагов, потеря зуба, а также системное проявление заболевания.
2. альтернативой является удаление зуба или отказ от лечения.
3. эндодонтическое лечение является биологической процедурой и не может иметь стопроцентной гарантии на успех
4. возможны осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно - отлом эндодонтического инструмента в корневом канале, перфорация дна полости зуба или стенки канала, перелом корня зуба (при распломбировывании каналов). Это может повлечь за собой потерю зуба.
5. при перелечивании корневых каналов процент успешного исхода значительно снижается, что связано с трудностями при извлечении ранее наложенной корневой пломбы или штифта из канала.
6. с целью рационального протезирования может возникнуть необходимость снятия ортопедических конструкций (коронок, мостовидных протезов) для эндодонтического лечения зуба.
7. в ходе и по окончании эндодонтического вмешательства возможно обострение процесса (появление болевых ощущений при накусывании на зуб и жевании, припухлость около причинного и соседних зубов, затруднённое открывание рта).
8. даже при успешном завершении эндодонтического лечения невозможно сказать, что данный зуб в будущем не подвергнется кариозному процессу.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля в процессе лечения и необходимость восстановления зуба различными способами (в том числе протезированием) после эндодонтического вмешательства.

Понимая сущность предстоящего вмешательства, зная, что каждый человеческий организм уникален, я согласен(на) с тем, что мне не были даны какие-либо гарантии и заверения,

Яосведомлён(на) о возможных осложнениях во время проведения местной анестезии, при приёме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии в прошлом и об аллергических реакциях в настоящее время.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы.

Подпись пациента (представителя интересов пациента) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.