

Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства (эндодонтическое лечение).

Я, гр. _____ «Пациент»,
(ФИО)

Обращаюсь к Врачу-стоматологу Общество с ограниченной ответственностью «ЮВИ Клиника» провести эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов).

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым эндодонтическим лечением и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба(ов), отсутствие лечения как такового. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Доктор понятно объяснил мне возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно:

1. поломка инструмента, перфорация и перелом корня, возникающее при лечении искривленных корневых каналов, при сильной кальцификации корневых каналов и при их перелечивании;
2. невозможность удаления старой корневой пломбы либо металлического штифта при перелечивании корневого канала;
3. при эндодонтическом вмешательстве возможно обострение хронического процесса и появление болевых ощущений в зубе при надкусывании и жевании, а также припухлость десны в области причинного зуба;
4. при эндодонтическом лечении зуба, покрытого искусственной коронкой для создания доступа к корневым каналам данного зуба необходимо снятия ортопедической конструкции. При этом возможны ее необратимое повреждение или перелом зуба, что может привести к его удалению.

Доктор понятно объяснил мне о возможности возникновения неотложных состояний, связанных с применением анестезии (обморок, аллергия, гематома, затрудненное открывание рта, парестезия, коллапс, анафилактический шок), а также о возможных осложнениях при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля во время лечения, а также необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, обговоренному с доктором и записанному в истории болезни.

Доктор объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения, в противном случае последнее может потерпеть неудачу, что может стать причиной потери зуба, либо потребовать перелечивания корневых каналов. Однако даже при успешном завершении лечения нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению.

Я проинформировал доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что это в моих интересах приступить к лечению корневых каналов.

Я ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязываюсь соблюдать.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Дата	Зуб, диагноз/подготовка под штифтовкладку	Ориентировочная стоимость*	Подпись пациента	Подпись врача

