

**Информированное Добровольное согласие пациента на эндодонтическое лечение
(лечение корневых каналов зуба).**

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о лечении:

Диагноз до начала лечения: _____

В процессе лечения диагноз может быть уточнен.

Индивидуальный рекомендованный план лечения мне понятен.

Возможна коррекция намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Предварительная стоимость лечения мне известна.

Возможны альтернативные варианты, а именно: удаление пораженного зуба (зубов), непроведение лечения.

В случае полного или частичного отказа от рекомендованного лечения возможны негативные последствия, а именно (нужное подчеркнуть): развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; появление отека мягких тканей; потеря зуба; некоторые нарушения общего состояния организма.

Возможны осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции.

Возможны последствия приема анальгетиков и антибиотиков, а именно: аллергические реакции; изменения общего, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

Возможны осложнения в процессе и после лечения, а именно:

-возможная неэффективность эндодонтического лечения по причине индивидуальных особенностей строения корневых каналов зубов (склерозированные, искривленные);

- необходимость перелечивания корневых каналов зубов через некоторое время или проведение хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба;

- поломка инструмента (файла) внутри корневого канала и невозможность его извлечения;

- отек мягких тканей, болевые ощущения, перелом зуба, обострение герпетической инфекции;

- необходимость приема таблетированных препаратов или физиолечения;

- _____

При перелечивании ранее замплombированных каналов успех лечения значительно снижается, что связано с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлический штифт.

При перелечивании зуба, покрытого коронкой, или являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного) возможны следующие осложнения:

- необходимость снятия несъёмного протеза, а затем изготовления нового зубного протеза, так как при лечении через коронку снижается его эффективность;
-перелом зуба, что может привести к его удалению.

После лечения и перелечивания корневых каналов необходимо восстановление верхней части зуба, т.е. постановка пломбы, штифта, вкладки и/или коронки (по ситуации).

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Гарантия при лечении корневых каналов может быть дана на корневую пломбу, штифт, вкладку, пломбу, коронку.

Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- предварительная стоимость предстоящего лечения. Я понимаю, что данное лечение может вызвать аллергическую реакцию

(индивидуальную непереносимость) на лекарство, стоматологический материал и материалы, из которых изготовлен протез.

Данная реакция не является следствием врачебной ошибки или некачественной работы. Деньги за лечение и протезирование не возвращаются.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования:

- ортопантомография, КТ, дополнительное рентгеновское обследование;
- консультация стоматолога иного профиля: _____
- консультация врача общего медицинского профиля: _____

Мною были заданы доктору все интересующие вопросы о сути и условиях лечения. Я получил исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

Пациент:

_____/_____

Дата _____