

Добровольное информированное согласие на проведение эндодонтического лечения

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____
паспорт: _____ выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

уполномочиваю врача-стоматолога _____

провести эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов) _____.

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

Врач поставил мне следующий диагноз: _____

и указал на необходимость лечения корневых каналов этого зуба. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; появление либо нарастание болевых ощущений; развитие тяжелых гнойных осложнений вплоть до летального исхода; образование околокорневой кисты; потеря зуба, а также обострение имеющихся хронических заболеваний.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов). Эндодонтическое лечение, как правило, имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я **понимаю, что** оно является комплексным вмешательством на биологических тканях организма и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех, так как невозможно предугадать ответную реакцию организма на проводимое лечение, особенно в случаях повторного эндодонтического лечения.

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

1. Имеется достаточно высокий процент (от 20% до 44% по данным различных авторов) неудач эндодонтического лечения. Что может потребовать: повторного лечения корневых каналов в будущем, хирургического вмешательства в области верхушек корней и даже удаление зуба.
2. Во время лечения корневых каналов из-за особенностей их строения и степени их искривления возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба.

3. При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается в связи с:
 - невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;
 - облитерацией корневых каналов (отсутствие корневого канала из-за отложений в нем солей кальция), что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов). При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии;
 - при снятии искусственной коронки может произойти перелом культи или корня зуба, так как даже при рентгенологическом исследовании определить степень разрушенности твердых тканей зуба невозможно, что может привести к его удалению
 - даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя гарантировать, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Врач также объяснил мне необходимость обязательного ортопедического восстановления коронки зуба после проведения эндодонтического лечения из-за значительной утраты твердых тканей коронковой части, что может привести к перелому стенок ее, из-за их значительного истончения. Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля эффективности и качества эндодонтического лечения. Я понимаю необходимость периодических осмотров по графику, обговоренному с врачом.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) врача 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(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Я понимаю, что это в моих интересах приступить к лечению корневых каналов.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Принимая во внимание все возможные результаты планируемого лечения, возможные осложнения и риски, я согласен(сна) на проведение эндодонтического лечения.

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

Представитель: _____ / Врач: _____ / _____ /
(подпись пациента) (подпись врача)

Дата _____

СРОК ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТ по договору № _____ с _____ по _____

Дата _____ . подпись _____ /