

Информированное согласие на проведение эндодонтического лечения

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.

Я, _____
уполномочиваю врача-стоматолога _____ провести
эндодонтическое лечение _____ (лечение _____ корневых _____ каналов)

Этот документ содержит необходимую 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.

Доктор поставил мне следующий диагноз: _____
_____ и указал на необходимость лечения корневых каналов этого зуба. 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.

Альтернативным методом лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов), отсутствие лечения как такового.

Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

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

1. Имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения. Что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба.
2. Во время лечения корневых каналов 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, что связано:
 - с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;
 - с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов). При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломки корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии;
 - если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамами может произойти повреждение ортопедической конструкции (например, перелом коронки), либо может возникнуть

необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно (при этом также возможно ее необратимое повреждение). Также при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению даже при завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии что зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Доктор также разъяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения; в противном случае последнее может потерпеть неудачу (то может стать причиной потери зуба, либо потребовать перелечивания корневых каналов). Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с доктором и записанному в истории болезни).

Я согласен(а) на проведение по показаниям рентгенологического обследования.

Я согласен(а) на применение анестезии (обезболивания), которую доктор выберет по своему усмотрению. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии.

Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал доктора _____ о 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 мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Я понимаю, что в моих интересах приступить к лечению корневых каналов.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился с данным Положением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента: _____
(Фамилия. И.О. (полностью))

Подпись врача: _ _____
(Фамилия. И.О. (полностью))

Дата _____