

**Информированное добровольное согласие
на эндодонтическое лечение в ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ»**

от «__» _____ 20__ года

Я,

Законный представитель Пациента _____,
«__» _____ г.р., врачом _____ проинформирован(а) о необходимости лечения корневых каналов (эндодонтическое лечение). Врач поставил диагноз: _____.

Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для дезинфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного результата.

Положительный результат эндодонтического лечения в виде исчезновения воспаления в области верхушки корня проявляется в период от 3-х до 12-ти месяцев.

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. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

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.

Врач понятно объяснил мне метод лечения и все возможные осложнения, предложенного лечения и последствия, которые могут возникнуть при отсутствии предложенного лечения, а именно:

- ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты, при необходимости;
- во время лечения корневых каналов, особенно искривленных, возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня, это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба или вызвать необходимость применения других манипуляций;
- если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого коронкой, при создании доступа к корневым каналам данного зуба может произойти повреждение ортопедической конструкции, и также, при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению;
- даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения снижается, что связано: с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала; с сильной кальцификацией, искривлением и разветвлением корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов).

Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии.

Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, по усмотрению врача, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).

При лечении каналов результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, 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 и планом его проведения. От предложенных альтернативных методов лечения отказываюсь.

Подпись Пациента/законного представителя Пациента _____

Подпись врача _____

Я даю согласие по форме и содержанию, подписанного мною ранее, а именно «__ 20 года, на предложенное мне лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское (-ие) вмешательство (-а): эндодонтическое лечение