

## **Информированное добровольное согласие на эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов)**

*Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. 32 Федерального Закона №323-ФЗ «Об охране здоровья граждан» сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения.*

*Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начать медицинское вмешательство.*

Я, пациент \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий по адресу \_\_\_\_\_ проинформирован(а)

Лечащим врачом: \_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество лечащего врача)*

О диагнозе: \_\_\_\_\_

и сути планируемых лечебных и диагностических манипуляций зубов в соответствии с рекомендованным планом лечения и даю информированное добровольное согласие на лечения корневых каналов (эндодонтическое лечение) мне / лицу, законным представителем которого я являюсь.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения и понимаю, что допустима коррекция намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Мне объяснено, что 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 долговечного результата.

**Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа** от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование заболевания; развитие заболеваний периодонта; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); летальный исход; отёк, абсцесс, флегмона, остеомиелит \_\_\_\_\_

**Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков** (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

**Альтернативными методами лечения являются:** лечение каналов зуба с применением техники латеральной конденсации гуттаперчи, лечение каналов с применением техники разогретой гуттаперчи Soft-Core, удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

**Возможные осложнения в процессе лечения, а именно:** чувство «нового» зуба (зубов) после постановки пломбы; локализованное травматическое поражение десны; ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего лечащий врач назначит препараты, если сочтет это нужным. Может образоваться отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней, тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней. Возможны перелом инструментов во время лечения корневого канала, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в канале или может потребоваться их удаление, перфорация корневого канала инструментами, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции,

или привести к преждевременной утрате зуба или удалению. При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения снижается из-за невозможности удаления старой конструкции корневого канала из-за сильной кальцификации корневых каналов. В случае покрытия зуба, требующего лечения, коронкой, возможно повреждение данной конструкции, а при ее снятии не исключается перелом зуба или отлом его части.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и возможно его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки) или пломбировочным материалом с применением штифтов. Восстановленный зуб необходимо покрыть коронкой в течение двух недель, в противном случае это может привести к отлому части зуба или потере зуба вообще.

Я согласен(на), что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения и ознакомлен(а) со стандартом, утвержденным МЗРФ, в соответствии с которым частота неудач эндодонтического лечения составляет 5 – 10% (при неудаче может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки или удаление зуба).

Я подтверждаю, что в Анкете здоровья назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Не возражаю, чтобы данные моей рентгенограммы, фотографии использовались для научной работы, учебного процесса, размещения на сайте и в социальных группах ООО «Альденге» и в других целях **не запрещенных законодательством Российской Федерации.**

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

### Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение эндодонтического лечения корневых каналов на предложенных условиях.

\_\_\_\_\_ (подпись законного представителя) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Врач \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

### Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_ (подпись законного представителя) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Врач \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.