

Информированное добровольное согласие  
на проведение медицинского вмешательства

эндодонтическое лечение

( лечение корневых каналов зубов)

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия 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.*

1. Я \_\_\_\_\_

соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

**2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:**

2.1. Диагноз:

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения;

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения;

2.4. Возможность коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно: удаление пораженного зуба (пораженных зубов), непроведение лечения;

2.6. Возможные негативные **последствия в случае полного или частичного отказа от**

**рекомендованного плана лечения**, а именно (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; некоторые нарушения общего состояния организма: \_\_\_\_\_

2.7. Возможные осложнения **под влиянием анестезии**, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте введения, снижение внимания, аллергические реакции.

2.8. Возможные **последствия приема анальгетиков и антибиотиков**, а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.9. Возможные осложнения **в процессе и после лечения**, а именно (ненужное зачеркнуть, нужное добавить):

- определенный процент (5 – 10) неэффективного эндодонтического лечения по причине его медицинской специфики, а также индивидуальных особенностей строения корневых каналов зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья;
- перелечивание 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;
- \_\_\_\_\_

2.10. **При перелечивании ранее запломбированных каналов зуба(ов)** успех лечения значительно снижается, что связано:

- с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлический штифт;
- с сильной кальцификацией корневых каналов, что (в некоторых случаях) повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента);
- с искривлением корневых каналов.

**2.11. Возможные осложнения при перелечивании зуба, покрытого коронкой, или являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного):**

- необходимость снятия несъёмного зубного протеза, а затем изготовление нового зубного протеза;
- перелом зуба, что может привести к его удалению.

2.12. После лечения и перелечивании корневых каналов необходимо восстановление верхней части зуба, т.е. постановка пломбы или коронки (по ситуации).

**3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.**

**4. Мне названы и со мной согласованы:**

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть увеличена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

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

**6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):**

- получение ортопантограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка;
- консультация стоматолога(ов) иного профиля: \_\_\_\_\_
  - консультация у врача(ей) общего медицинского профиля: \_\_\_\_\_

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.

Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных в объеме и способами, указанными в Федеральном законе №152-ФЗ «О персональных данных» для целей оказания мне медицинских услуг.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 (подпись Пациента) (Расшифровка подписи)

Дата \_\_\_\_\_