

Приложение к договору 3.3

Информационное согласие на проведение эндодонтического лечения

Я был(а) проинформирован(а) о том, что мне необходимо провести лечение корневых каналов – эндодонтическое лечение.

Этот документ содержит необходимую информацию для того, чтобы я ознакомился(лась) с предложенным лечением и мог(ла) или отказаться от него, или дать свое согласие на проведение данного лечения.

Последствия отказа от данного лечения могут быть:

- 1) прогрессирующее заболевание;
- 2) развитие инфекционных осложнений;
- 3) появление или нарастание боли;
- 4) образование кисты;
- 5) потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения есть:

- 1) удаление поврежденного зуба (зубов);
- 2) отсутствие лечения вообще;
- 3) стерилизация каналов методикой депофореза.

Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, но я понимаю, что она представляет собой биологическую процедуру и потому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Врач объяснил мне все возможные осложнения, какие могут возникнуть во время лечения корневых каналов, такие как:

1) есть определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать перелечивания корневых каналов в дальнейшем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба или его части;

2) во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, которые невозможно будет удалить из корневого канала, или инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это бывает редко, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и привести к потере зуба или его части;

3) при перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно уменьшается, что связано:

- с невозможностью удалить старую штифтовую конструкцию из корневого канала;
- с сильной кальцификацией корневых каналов, а также с лечением искривленных корневых каналов, что увеличивает возможность появления различных осложнений (перфорации, поломки инструментов, переломов корня);
- с невозможностью гарантировать, что этот зуб не будет подвержен вторичному кариесу или перелому корня зуба в дальнейшем;

- с эндодонтическим лечением зубов, покрытых коронками, несъёмными или съёмными протезами, которое может привести к повреждению ортопедической конструкции или необходимости её снятия, при последнем не исключается поломка зуба или отлом его части;
- с невозможностью гарантировать, что этот зуб не будет подвержен вторичному кариесу в дальнейшем, даже при успешном завершении эндодонтической терапии.

Врач объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения, иначе это может привести к перелечиванию, отлому или потере зуба.

Кроме этого, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения в дальнейшем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному в Договоре/истории болезни).

Я предупрежден(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергических реакций на медикаменты в прошлом и на данный момент.

Понимая суть предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предвидеть точный результат запланированного лечения. Я понимаю, что мне не даются гарантии, но считаю, что лечение корневых каналов в моих интересах.

Мне были объяснены все возможные последствия лечения, а также альтернативные методы лечения. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он имеет юридическую силу и может повлечь правовые последствия.

Данный документ является дополнением и неотъемлемой частью истории болезни.

Дата _____

Пациент _____

(фамилия, подпись)