

Информированное добровольное согласие на проведение эндодонтического лечения

Мне, _____ доктором _____ предоставлена вся интересующая меня информация о предлагаемом лечении.

Доктор сообщил, что мне показано лечение корневых каналов _____ зуба.

Я получил подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, в т.ч.:

1. в некоторых случаях становится невозможным удаление старой корневой пломбы и инородного тела при перелечивании корневого канала, и особенно при прохождении корневого канала на всю рабочую длину в корнях зубов, леченных ранее резецин-формалиновым методом;
2. при лечении искривленных корневых каналов, а также в условиях их сильной кальцификации и при перелечивании (т.е. удалении старых корневых пломб) возможна поломка инструмента, перфорация и перелом корня;
3. при эндодонтическом вмешательстве возможно обострение хронического процесса и появление болевых ощущений в зубе при надкусывании и жевании, а также сглаженности переходной складки в области причинного зуба;
4. при эндодонтическом лечении зуба, находящегося под протезом, возможно повреждение протеза и возникновение необходимости снятия всей ортопедической конструкции;
5. в силу анатомо-физиологических особенностей конкретного пациента во время эндодонтического лечения зубов на верхней челюсти возможно развитие воспалительного процесса в области верхне-челюстной пазухи.

Вышеуказанные осложнения могут стать, причиной неудачи эндодонтического лечения и повлечь за собой применение методов периапикальной хирургии, физиотерапии и даже привести к удалению зуба и замене конструкции зубного протеза.

Даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя дать гарантии, что этот зуб в дальнейшем не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств.

Я понимаю необходимость рентгеновского контроля во время лечения, а также необходимость обязательного восстановления зуба после эндодонтического лечения.

Понимая сложность предстоящего лечения, я обязуюсь приходить на контрольные осмотры два раза в год и следить за гигиеной полости рта. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я получил(а) исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен(а) с ним.

Я осознаю необходимость депульпирования (удаления нервов) зубов задействованных под опоры будущих коронок или мостовидных протезов. Даю согласие на депульпирование _____ зубов.

Согласие составлено в 2-х экземплярах (1 экз. – пациенту, 1 экз. в мед. карте)

« _____ » _____ 20 ____ г. Подпись пациента _____

* Примечание при приеме детей до 18 лет обязательно подписывается родителем или сопровождающими лицами