

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

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", 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) начала медицинского вмешательства.

Я, \_\_\_\_\_

ФИО полностью

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач \_\_\_\_\_

ФИО

Мне сообщена, разъяснена врачом-стоматологом и понятна информация о сути лечения:

**Целью эндодонтического лечения** является лечение воспаления пульпы и тканей, окружающих зуб. Для этого проводится механическая и медикаментозная обработка канала(ов) зуба, его пломбирование с последующим обязательным герметичным восстановлением коронковой части.

В процессе лечения допустимо уточнение диагноза, коррекция рекомендованного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. В частности, в процессе лечения могут возникнуть ситуации, когда выявятся причины, по которым лечение зуба будет нецелесообразным и потребуются его удаление.

**Мне сообщено и понятно**, что для лечения могут понадобиться дополнительные обследования, о чем меня уведомит врач, а именно:

- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля;
- консультация у врача(ей)-стоматолога(ов) иного профиля;
- проведение обследования на аллергические реакции на используемые материалы;
- рентгенологические обследования.

Я проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья, обо всех случаях аллергии.

**Я понимаю**, что отказ от перечисленных выше обследований может повлечь осложнения и Исполнитель не несет ответственности в случае их возникновения, если я не сообщил(а) или не знал(а) о своих противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение лечения.

**Мне сообщены возможные альтернативные варианты лечения.**

**Я проинформирован(а):**

- о возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; нарушение общего состояния организма и др;
- о возможных осложнениях под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей; кровоизлияние в месте укола; снижение внимания; аллергические реакции;
- о возможных последствиях приема анальгетиков и антибиотиков, а именно: аллергические реакции; изменение витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
- о возможных осложнениях в процессе лечения, связанных с определенным процентом (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, а именно: невозможность адекватной механической и медикаментозной очистки корневого канала; поломка инструмента корневого канала и невозможность его извлечения; перфорации и трещины корня зуба; выведение за пределы корня антисептиков, используемых для медицинской обработки корневых каналов, что может привести к возникновению боли, отеку мягких тканей; обострение ранее существовавшего хронического воспалительного процесса; перелом зуба.

**При перелечивании зубов (повторном эндодонтическом лечении) успех лечения значительно снижается**, что связано:

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

**Я проинформирован(а) от том, что:**

- при перелечивании зуба (повторном эндодонтическом лечении), покрытого коронкой или являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного), необходимо снятие несъёмного зубного протеза, а затем изготовление нового зубного протеза;



- возможен перелом зуба, что может привести к его удалению;
- после лечения и перелечивания корневых каналов необходимо восстановление коронковой части зуба, то есть постановка пломбы, коронки или вкладки (по ситуации).

**Мне сообщено и понятно**, что одним из критериев эффективности оказания медицинских услуг является результат проведенного лечения, подтвержденный фотографиями и рентгенограммами до, после и в процессе лечения в соответствии с согласованным планом лечения. Я даю согласие на фотографирование моего лица и зубных рядов при оказании мне медицинских услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью клиники.

**Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.** Гарантийные сроки на эндодонтическое лечение ввиду его специфики установить не представляется возможным. Следует учесть, что результат лечения в каждом конкретном случае зависит не только от его качества, но и от реакции организма и общего состояния зубов.

**Мне названы и со мной согласованы:**

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

Я понимаю, что в ходе лечения может возникнуть необходимость дополнительного обследования, о чем меня уведомит врач.

Я обязуюсь выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я внимательно ознакомил(ся, ась) и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО полностью

**Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего лечения, дал(а) ответы на все вопросы.**

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО врача