

## Информированное добровольное согласие на эндодонтическое лечение

Я, Иванов Иван Иванович, 0 г. рождения.  
Паспорт серия и номер: 0000 000000.  
Выданный: 0.  
Проживающий(ая) по адресу: .

Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних граждан и лиц, признанных недееспособными:

Законный представитель(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) \_\_\_\_\_

документ удостоверяющий личность : \_\_\_\_\_

несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

Ф.И.О несовершеннолетнего или недееспособного гражданина \_\_\_\_\_

(подпись) \_\_\_\_\_

ознакомился(лась) с предложенным лечением и мог(могла) или отказаться от него, или дать свое согласие на проведение данного лечения. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление или нарастания боли, образование кисты, потеря зуба, а также системные проявления заболевания. Альтернативными методами лечения являются: 1) удаление пораженного зуба (зубов); 2) отсутствие лечения.

Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и потому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Врач указал мне о всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время лечения корневых каналов, а именно:

1) имеется определенный процент (5-10%) неудачного эндодонтического лечения, что может грозить перелечиванием корневых каналов в будущем, периапикальной хирургией и даже удалением зуба или его части;  
2) во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, которые невозможно будет удалить с корневого канала, или инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это бывает редко, такие осложнения могут стать причиной неудачного эндодонтического лечения и может привести к потере зуба или его части;  
3) при перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:

- с невозможностью удаления старой конструкции корневого канала;
- из-за сильной кальцификации корневых каналов, а также с лечением искривленных корневых каналов, которое повышает вероятность возникновения разнообразных осложнений (перфорации, поломки инструментов, переломов корня);
- с эндодонтическим лечением зубов, покрытых коронками, несъемными или съемными протезами, которое может привести к повреждению ортопедической конструкции или необходимости ее снятия, при последнем не исключается перелом зуба или отлом его части;
- с невозможностью предоставления гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении эндодонтической терапии.

Я понимаю, что при наличии показаний, врач может совмещать эндодонтическое лечение с другими методиками. Врач объяснил мне необходимость обязательного покрытия зуба коронкой после проведения эндодонтического лечения, в противном случае это может привести к отлому части зуба или потери зуба вообще. Кроме того, я понимаю необходимость диагностического контроля качества лечения в будущем и обязываюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обсужденным с врачом и записанным в Договоре / истории болезни). Я осведомлен(на) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(ла) врача о всех случаях аллергических реакций к медикаментозным препаратам в прошлом и на данное время. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предвидеть точного результата запланированного лечения. Я понимаю, что мне не предоставляются 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(имела) возможность ставить все вопросы, которые меня интересовали. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он имеет юридическую силу и несет для меня правовые последствия. Данный документ является приложением и неотъемлемой частью истории болезни.

Пациент: \_\_\_\_\_  
(Дата) (Подпись) (ФИО)

Врач: \_\_\_\_\_  
(Дата) (Подпись) (ФИО)