

**Информированное добровольное согласие
на перелечивание каналов зуба(ов)**

Я, _____, года рождения, даю информированное добровольное согласие на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр ротовой полости и зубов, лабораторные и рентгенологические методы обследования, для стоматологического терапевтического лечения – перелечивание каналов зуба(ов).

Медицинский работник _____) в доступной для меня форме дал разъяснения о целях и методах перелечивания каналов зуба(ов), объяснил в понятной форме план лечения, включая ожидаемые результаты, риски, альтернативные методы, которые возможны при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также - необходимые исследования и врачебные манипуляции, связанные с этим.

До начала процедуры я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо дать свое согласие на её проведение, либо отказаться от неё. Настоящим, я даю информированное добровольное согласие на выполнение мне

(полное наименование стоматологической услуги)

Мне разъяснено, что мои ранее леченые зубы нуждаются в перелечивании по причине (нужное подчеркнуть):

K04.5 Хронического апикального периодонтита

K04.6 Периапикального абсцесса с полостью

K04.7 Периапикального абсцесса без полости

K04.8 Корневой кисты

K04.9 Другие и неуточненные болезни пульпы и периапикальных тканей (ранее проведенная некачественная эндодонтическая терапия зуба, могущая вызвать впоследствии воспалительный процесс в периапикальных тканях зуба)

Я также предупрежден(а) о том, что в случае отказа от лечения возможно возникновение следующих осложнений заболевания: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений (остеомиелит челюсти, гнойное воспаление лица и шеи, острый сепсис и др.), появление или нарастание боли, обострение системных заболеваний организма и другие.

Мне разъяснено и понятно, что такое медицинское вмешательство, как перелечивание каналов зуба(ов) проводится в несколько этапов. Для наиболее полного устранения патогенной микрофлоры из канала необходимо его повторно препарировать на всем протяжении, тщательно обработав стенки канала зуба, «высверливая» при этом предыдущую пломбировку каналов зуба. Далее для устранения воспаления удаляется жидкость (гнойная или серозная), образовавшаяся в месте воспаления, что может занять несколько дней при необходимости полоскания гипертоническими растворами. Далее лечение будет складываться из следующих этапов: механическая подготовка (расширение, очистка), антисептическая обработка (дезинфекция) и пломбирование каналов - сначала временное (зачастую неоднократно), а потом и постоянное. При этом выведение пломбировочного материала за верхушку зуба может быть необходимым и являться методом лечения. В зависимости от степени разрушения зуба далее производится реставрация или протезирование. На данные виды медицинского вмешательства мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия.

Я предупрежден(а) врачом о том, что часто возникают препятствия для такой обработки, которые не позволяют выполнить все манипуляции в полном объеме, иногда такие препятствия создают риск перфорирования корня зуба. Подобными препятствиями могут быть: отломы инструментов, уступы, участки кальцинации, анкерные штифты, чрезмерно прочное предыдущее пломбирование каналов (например, резорцин-формалиновой пастой и др.).

Я также информирован(а) о том, что с учетом тяжести моего заболевания может быть проведено хирургическое вмешательство, которое заключается в удалении воспаленной верхушки корня зуба.

Такая операция зачастую позволяет спасти весь зуб при периодонтите и избежать его удаления. Мне разъяснено, понятно, и я принимаю то, что ни врач, проводящий перелечивание каналов зуба, ни медицинская организация не предоставляют никаких гарантий на данную медицинскую услугу, так как эндодонтическая терапия по ревизии (перелечиванию) каналов зуба не имеет высокого процента клинического успеха (не более 30%) и является всего лишь попыткой спасения зуба. Я понимаю и принимаю то, что при перелечивании каналов зуба положительный результат также не гарантирован. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения вообще.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:

1. некачественное прохождение (распломбирование) и расширение корневого канала;
2. перелом эндодонтического инструмента в корневом канале;
3. перфорация стенки корневого канала или стенки зуба;
4. неполное пломбирование корневого канала;
5. также возможно: вывод пломбировочного материала за верхушку корня зуба, необнаруженный и, соответственно, незапломбированный дополнительный корневой канал, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения, рецидив воспалительного процесса в периапикальных тканях зуба.

Я предупрежден(а) о том, что невозможно предоставить мне гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении лечения.

Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 3-4 дня, а при «накусывании» вплоть до двух- трех недель.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после ревизии каналов зуба являются болевые ощущения в области пролеченного зуба и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в медицинскую организацию для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Даю свое согласие на фото и видеосъемку в процессе лечения.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы, информация была доведена до меня в понятной и доступной форме.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю своё согласие на перелечивание каналов зуба(ов) в предложенном объёме.

Пациент _____

Врач _____

Дата _____