

645-93-67

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ 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 эндодонтического лечения (лечение корневых каналов) зуба(ов).

Медицинский работник _____) в доступной для меня форме дал разъяснения о целях и методах эндодонтического лечения, 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)

Я информирован о необходимости эндодонтического лечения корневых каналов зуба(ов).

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; появление либо нарастание болевых ощущений; развитие тяжелых гнойных осложнений вплоть до летального исхода; образование околокорневой кисты; потеря зуба, а также обострение имеющихся хронических заболеваний.

Я информирован(а), что альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов). Эндодонтическое лечение, как правило, имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что оно является комплексным вмешательством на биологических тканях организма и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех, так как невозможно предугадать ответную реакцию организма на проводимое лечение, особенно в случаях повторного эндодонтического лечения.

Доктор понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно;

1. Имеется достаточно высокий процент (от 20% до 44% по данным различных авторов) неудач эндодонтического лечения. Что может потребовать: повторного лечения корневых каналов в будущем, хирургического вмешательства и области верхушек корней и даже удаление зуба.

2. Во время лечения корневых каналов из-за особенностей их строения и степени их искривления возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба.

3. При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается в связи с:

- невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;

- облитерацией корневых каналов (отсутствие корневого канала из-за отложений в нем солей кальция), что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломок инструментов). При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломок инструментов, перфораций и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии;

- при снятии искусственной коронки может произойти перелом культи или корня зуба, так как даже при рентгенологическом исследовании определить степень разрушения твердых тканей зуба невозможно, что может привести к его удалению;

-даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя гарантировать, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Я информирован о необходимости обязательного ортопедического восстановления коронки зуба после проведения эндодонтического лечения из-за значительной утраты твердых тканей коронковой части, что может привести к перелому стенок вследствие их значительного истончения.

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. Таким образом, повторное эндодонтическое лечение проводится без гарантийных обязательств. Если зуб включается в ортопедическую конструкцию и в дальнейшем (после окончания всего лечения) требуется его удаление, медицинская организация не возмещает стоимость лечения этого зуба и стоимость ортопедической конструкции. Пациент сам оплачивает удаление зуба и новую терапевтическую и ортопедическую работу.

Я подтверждаю, что в данной клинической ситуации мне все разъяснено, понятно и полученной информации достаточно.

Я обязуюсь соблюдать сроки и график лечения, назначенные лечащим врачом.

От удаления _____зуба(ов) отказываюсь.

Я предупрежден(а) о том, что если в процессе или после лечения возникнут болевые ощущения, то мне необходимо сразу же обратиться в медицинскую организацию.

Я подтверждаю, что полученной от врача информации мне достаточно.

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 стоматологическое терапевтическое эндодонтическое лечение зуба(ов) в предложенном объёме.

Пациент _____

Врач _____

Дата _____