

**Информированное добровольное согласие пациента
на проведение повторного эндодонтического лечения**

Настоящее информированное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г.

№ 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» и является необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства (в том числе стоматологического)

Я, _____ г.р., являющийся (щаяся) законным представителем _____ г.р. находясь на лечении в ООО «Концепт Смайл» проинформирован лечащим врачом _____ о том, что в области верхушки корня _____ зуба сформировался очаг хронической инфекции в костной ткани челюсти.

Я понимаю, что в такой клинической ситуации мне показано удаление зуба.

Я информирован также о возможных зубосохраняющих методах лечения:

- хирургическое (операция резекции верхушки корня, операция гемисекции, операция ампутации корня);
- повторное эндодонтическое лечение (распломбировка корневых каналов, временная их пломбировка противовоспалительной пастой, пломбировка каналов постоянным материалом).

Я предупрежден о том, что результат зубосохраняющего лечения невозможно предсказать со 100% уверенностью, в связи с:

- сложной анатомией строения системы каналов;
- невозможностью полной санации, а только лишь с уменьшением количества патогенной микрофлоры;
- возможностью обострения, сопровождающегося удалением зуба;
- ослаблением твердых тканей зуба при повторном эндодонтическом лечении и возможностью развития кариозного процесса тканей.

Мне понятно, что клиникой дается гарантия только на качество работ и использование сертифицированных материалов, и что гарантировать удачный результат моего лечения невозможно.

Я понимаю, что на любом этапе лечения может возникнуть необходимость удаления причинного зуба в связи с возможным развитием следующих осложнений:

- обострение хронической инфекции (боль в зубе, отек окружающих тканей);
- перфорация стенки корневого канала;
- перелом инструмента в корневом канале;
- отсутствие положительной динамики результатов лечения.

Я предупрежден((а) о сроках зубосохраняющего лечения моего зуба. Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения в течение двух месяцев, в противном случае повторное эндодонтическое лечение может потерпеть неудачу из-зи значительного истончения стенки зуба (что может стать причиной потери зуба).

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения во время лечения и в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по согласованному с врачом графику).

Я также понимаю, что в случае неудачного результата эндодонтического лечения возникнет необходимость удаления причинного зуба и, как следствие, изменение плана протезирования в соответствии с данной клинической ситуацией.

Меня проинформировали, что отказ от лечения приведет к прогрессированию заболевания, развития инфекционных осложнений, появлению или нарастанию болевых ощущений, образованию кисты, потери зуба, а также к системным проявлениям заболевания.

Я получил(а) полную информацию об альтернативных методах лечения, ознакомился(лась) с наиболее рациональным планом лечения, принял(а) решение осуществить стоматологическое лечение на выше указанных условиях. Я доверяю врачу принимать необходимые решения и выполнять медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения моего состояния.

До подписания настоящего согласия я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты, являясь юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Дата: « ___ » _____ 202__ г.

Подпись пациента: _____

В моем присутствии расписался врач-стоматолог: _____