



117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57, тел. +7 (495)223-54-05, 223-54-06

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение эндодонтического лечения**

« _____ » _____ 20__ г.

Я, _____
(ФИО пациента, либо его законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное информированное согласие на предложенное мне либо лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство: **эндодонтическое лечение зуба(ов)** _____
(номера зуба(ов) согласно международной системе ISO 3950)

по поводу диагноза: _____
(наименование и код по МКБ-10)

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Я информирован(а) об альтернативных методах лечения: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

Я информирован(а) о том, что эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, при этом она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии или даже удаления зуба.

При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:

- с невозможностью удалить старую корневую пломбу либо металлический штифт из корневого канала;
- с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов).

Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии.

Я информирован(а) о том, что при необходимости лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, может произойти повреждение ортопедической конструкции в процессе создания доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом. Либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции, при этом также возможно ее необратимое повреждение. Также при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к необходимости его удаления.

Я информирован(а) о возможных осложнениях, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно поломка эндодонтических 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. При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня.

Я информирован(а) обо всех возможных временных последствиях эндодонтического лечения:

- ощущение дискомфорта, незначительные болевые ощущения, боли при накусывании, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней;
- отечность десны в области зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней.

Даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Я информирован(а) о необходимости восстановления зуба коронкой после проведения эндодонтического лечения. В противном случае последнее может потерпеть неудачу, что может стать причиной потери зуба. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения в процессе лечения и в будущем. Я обязуюсь приходить на контрольные осмотры, соблюдать гигиену полости рта.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание

медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой соответствующие правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

Подпись лица, давшего согласие _____ / _____ /.

Подпись врача: _____ / _____ /.