

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства**  
**Эндодонтическое лечение**  
*(лечение корневых каналов зуба)*

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество — полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

---

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:** Я, паспорт, \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_ являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_  
( Ф.И.О. Ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

настоящим свидетельствую о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог:

\_\_\_\_\_ .  
В исключительных случаях, например, болезнь врача, ООО «ЦКС «Аврора» оставляет за собой право заменить лечащего врача.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Диагноз: \_\_\_\_\_

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно: удаление пораженного зуба (пораженных зубов), не проведение лечения.

2.6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; некоторые нарушения общего состояния организма.

2.7. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции.

2.8. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.9. Возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно:

- определенный процент (5-10) неэффективного эндодонтического лечения по причине его медицинской специфики, а также индивидуальных особенностей строения корневых каналов зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья;
- перелечивание корневых каналов зубов через некоторое время или проведение хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба;
- поломка инструмента (файла) внутри корневого канала и невозможность его извлечения.

2.10. При перелечивании ранее запломбированных каналов зуба(ов) успех лечения значительно снижается, что связано:

- с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлический штифт;
- с сильной кальцификацией корневых каналов, что (в некоторых случаях) повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента);
- с искривлением корневых каналов.

2.11. Возможные осложнения при перелечивании зуба, покрытого коронкой, или являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного):

- необходимость снятия несъёмного зубного протеза, а затем изготовления нового зубного протеза;
- перелом зуба, что может привести к его удалению.

2.12. После лечения и перелечивания корневых каналов необходимо восстановление верхней части зуба, т.е. постановка пломбы или коронки (по ситуации).

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

С условиями о гарантиях ознакомлен(а). Условия принимаю.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною *плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.*

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:

- получение ортопантограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка;
- консультация стоматолога(ов) иного профиля.

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_