Информированное согласие на проведение эндодонтического лечения

Я ……..……...уполномочиваю врача-стоматолога (зубного врача) ……..... …… провести эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов)…… ……

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий диагноз: ……..……..
……...……...
и указал на необходимость лечения корневых каналов этого зуба. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

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

1. Имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаление зуба.
2. Во время лечения корневых каналов 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, 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). При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии;
   - если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции (например, перелом коронки), 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 его удалению.
   - даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Доктор также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения; в противном случае последнее может потерпеть неудачу (что может стать причиной потери зуба, либо потребовать перелечивания корневых каналов). Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с доктором и записанному в истории болезни).

Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал доктора о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Я понимаю, что это в моих интересах приступить к лечению корневых каналов.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Подпись пациента:_____

Подпись лица, оказывающего платные медицинские услуги _____(_____)

Дата_____

Повторно ознакомлен, согласен:

_____/_____

(дата) (Подпись пациента, Ф.И.О.)

_____/_____

(дата) (Подпись пациента, Ф.И.О.)

_____/_____

(дата) (Подпись пациента, Ф.И.О.)