

# Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

## Эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба)

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

1. Я, Иванов Иван Иванович соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводиться в ООО «РКС 27».
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. Возможность коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомят врач.

### 2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно:

---

---

### 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.

### 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, 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 зампломбированных 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.

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 дополнительные медицинские обследования:

Консультация стоматолога иного профиля:

---

---

---

Консультация врача общего медицинского профиля:

---

---

---

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

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

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

Подпись пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_