



ДИАМАНТ
групп

Информированное добровольное согласие на проведение эндодонтического лечения

Я, _____,
действующий (-ая) от своего имени и в собственных интересах / в интересах _____

проинформирован (-а) лечащим врачом _____

о необходимости проведения эндодонтического лечения следующих зубов:

Необходимость в проведении эндодонтического лечения вызвана диагнозом, установленным лечащим врачом и зафиксированным в стоматологической амбулаторной карте.

Эндодонтическое лечение имеет своей целью сохранение зуба, предусматривает доступ к корневым каналам, их механическую и медикаментозную обработку, а также пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного результата. Положительный результат эндодонтического лечения проявляется в период от трех до двенадцати месяцев.

При этом, я был (-а) проинформирован (-а) и о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я также был (-а) проинформирован (-а), что альтернативой эндодонтического лечения является отсутствие либо отказ от лечения.

Мне известно, что до начала лечения я имею право отказаться от проведения эндодонтического лечения. Последствиями отказа от эндодонтического лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо продолжение болевых ощущений; образование и прогрессирование гранулем, кистогранулем и кист; потеря зуба, а также обострение иных системных заболеваний организма. Я проинформирован (-а), что отказ от проведения эндодонтического лечения оформляется в письменной форме.

Альтернативными методами эндодонтического лечения являются: отсутствие лечения как такового; удаление пораженного зуба.

Эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, но тем не менее я проинформирован (-а), что данный вид лечения может не иметь положительного стопроцентного результата. Также я проинформирован (-а), что на эндодонтическое лечение не распространяются положения о гарантии.

Я проинформирован (-а), что основные осложнения эндодонтического лечения могут быть обусловлены индивидуальными анатомически-физиологическими особенностями организма. Я проинформирован (-а), что после проведения эндодонтического лечения могут возникнуть следующие осложнения: изменение температуры тела, воспалительные процессы, отеки, онемение частей лица и шеи, изменение цвета тканей и кожных покровов, ограниченное открывание рта и др. Осложнения эндодонтического лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области.

Лечащий врач дал мне разъяснения по поводу необходимости обязательного восстановления

зуба после проведения эндодонтического лечения. Я понимаю, что после лечения корневых каналов зуб будет более хрупким и в перспективе его нужно будет восстанавливать коронкой.

Я понимаю, что процесс восстановления после лечения строго индивидуален по длительности и характеру течения. Я осведомлен (-а), что итоги эндодонтического лечения непрогнозируемы и существует вероятность повторного обращения за медицинской стоматологической помощью. При этом, при перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения снижается, что связано:

- с невозможностью удалить старую корневую пломбу либо штифт из корневого канала;
- с плохой проходимостью корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломок инструмента). Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат лечения.

Вместе с тем мне гарантировано проведение лечения специалистами соответствующих квалификаций, с применением качественных материалов и инструментов, с соблюдением разрешенных методик лечения и правил санитарно-эпидемиологического режима. Я осведомлен (-а), что лечащий врач сделает все от него зависящее для уменьшения рисков. Мне известно, что в ходе эндодонтического лечения будет применено обезболивание (анестезия), выбор которого производится лечащим врачом с учетом особенностей организма.

Мне известно, что только во время лечения может быть окончательно определен его объем (расширение либо отказ от запланированного объема). Мне понятен предлагаемый план лечения, а также я согласен (-а) с возможным его изменением в процессе проведения эндодонтического лечения по показаниям.

Лечащий врач предоставил мне информацию о рекомендациях после эндодонтического лечения, включая сведения о режиме питания и возможных ограничениях в приеме пищи и питья; о гигиеническом уходе за полостью рта; о возможных временных ограничениях в совершении некоторых действий (например, управление транспортным средством); о необходимости в приеме лекарственных средств; о необходимости и сроках рентгенологического контроля качества лечения; о необходимости явок на очные контрольные осмотры по назначенному и зафиксированному в стоматологической амбулаторной карте графику.

Я подтверждаю, что сообщил (-а) лечащему врачу сведения о состоянии здоровья, о наличии в настоящем и прошлом всех известных мне диагнозов. Я подтверждаю, что добросовестно ответил (-а) на все поставленные лечащим врачом вопросы касательно состояния здоровья, не скрыв никакой информации.

Я подтверждаю, что имел (-а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил (-а) ответы на них в понятной форме. Я ознакомлен (-а) с настоящим информированным добровольным согласием и понимаю юридическую значимость данного документа, что влечет правовые последствия.

Я понимаю, что настоящее информированное добровольное согласие является неотъемлемой частью Публичного договора на оказание медицинских стоматологических услуг ООО «ДиамантГрупп».

Я подтверждаю свое согласие на проведение эндодонтического лечения и принимаю решение о начале лечения.

Настоящее информированное добровольное согласие составлено _____ года в __ часов __ минут.

Лечащий врач

Пациент / законный представитель пациента

Ф.И.О.

Ф.И.О.