

Информированное добровольное согласие на лечение корневых каналов

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19, 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

врачом _____ проинформирован(а) о предполагаемом лечении корневых каналов. Мой врач внимательно меня осмотрел и разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения.

Я понимаю, что лечение корневых каналов проводится для того, чтобы сохранить зуб, который в противном случае придется удалить.

Мой врач разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного мне лечения, последствия, которые могут наступить при выполнении лечения, включая перечисленные ниже и другие возможные осложнения:

1. Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу которых доктор назначит препараты или физиотерапевтическое лечение, если сочтет это необходимым.
2. Отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.
3. Прогрессирование воспалительного процесса с развитием острой одонтогенной инфекции.
4. Ограниченное открывание рта, которое обычно длится несколько дней или дольше.
5. Частота неудач составляет 5–10% (при неудаче может потребоваться повторное лечение, хирургическое лечение или даже удаление зуба).
6. Преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта.
7. Нарушение чувствительности.
8. Переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанные с анатомическими особенностями зуба. При невозможности извлечения отломка из корневого канала он может быть оставлен в данном корневом канале или зуб подлежит удалению.

Информированное добровольное согласие на лечение корневых каналов

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19, 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

врачом _____ проинформирован(а) о предполагаемом лечении корневых каналов. Мой врач внимательно меня осмотрел и разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения.

Я понимаю, что лечение корневых каналов проводится для того, чтобы сохранить зуб, который в противном случае придется удалить.

Мой врач разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного мне лечения, последствия, которые могут наступить при выполнении лечения, включая перечисленные ниже и другие возможные осложнения:

1. Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу которых доктор назначит препараты или физиотерапевтическое лечение, если сочтет это необходимым.
2. Отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.
3. Прогрессирование воспалительного процесса с развитием острой одонтогенной инфекции.
4. Ограниченное открывание рта, которое обычно длится несколько дней или дольше.
5. Частота неудач составляет 5–10% (при неудаче может потребоваться повторное лечение, хирургическое лечение или даже удаление зуба).
6. Преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта.
7. Нарушение чувствительности.
8. Переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанные с анатомическими особенностями зуба. При невозможности извлечения отломка из корневого канала он может быть оставлен в данном корневом канале или зуб подлежит удалению.

9. Перфорация корневого канала, возникшая при распломбировке ранее леченного канала зуба или лечении патологически измененного канала, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к удалению зуба.

10. Аллергические реакции.

11. Другие возможные осложнения _____

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким, поэтому его будет целесообразно защитить от перелома путем изготовления коронки (вкладки).

Я понимаю, что через 6 месяцев я должен(а) прийти на контрольный осмотр, чтобы врач мог оценить результаты лечения.

Хотя лечение корневых каналов имеет высокую вероятность успеха, оно является биологической процедурой, поэтому гарантий успешного лечения нет и не может быть дано.

На все мои вопросы врач ответил, и я добровольно соглашаюсь на предложенное мне лечение и заверяю врача, что не буду иметь претензий в случае, если проведенное лечение не даст положительного результата. Я подтверждаю согласие на проведение эндодонтического лечения.

«_____» _____ 20____ года

Подпись пациента _____ /

_____ (расшифровка подписи)

Подпись врача _____ /

_____ (расшифровка подписи)

9. Перфорация корневого канала, возникшая при распломбировке ранее леченного канала зуба или лечении патологически измененного канала, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к удалению зуба.

10. Аллергические реакции.

11. Другие возможные осложнения _____

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким, поэтому его будет целесообразно защитить от перелома путем изготовления коронки (вкладки).

Я понимаю, что через 6 месяцев я должен(а) прийти на контрольный осмотр, чтобы врач мог оценить результаты лечения.

Хотя лечение корневых каналов имеет высокую вероятность успеха, оно является биологической процедурой, поэтому гарантий успешного лечения нет и не может быть дано.

На все мои вопросы врач ответил, и я добровольно соглашаюсь на предложенное мне лечение и заверяю врача, что не буду иметь претензий в случае, если проведенное лечение не даст положительного результата. Я подтверждаю согласие на проведение эндодонтического лечения.

«_____» _____ 20____ года

Подпись пациента _____ /

_____ (расшифровка подписи)

Подпись врача _____ /

_____ (расшифровка подписи)