

Стоматологическая клиника «Мистер Президент»
Общество с ограниченной ответственностью «ТАН»

" ____ " _____ 2023 г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, _____, _____ г.р.,
зарегистрированный по адресу: _____, проживающий(-ая) по адресу:
_____, даю свое согласие и уполномочиваю врача-
стоматолога _____ (фамилия, имя, отчество) в обществе с
ограниченной ответственностью «ТАН» провести эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов) мне/
моему ребенку/лицу, являющемуся пациентом, чьим законным представителем я являюсь/ (нужное
подчеркнуть)

_____ (фамилия,
имя, отчество ребенка (до 15 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель, дата
рождения), зарегистрированного по адресу: _____, проживающего по адресу:
_____.

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/ моему ребенка/ лицу, интересы которого я представляю, 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. Альтернативным методом лечения является 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.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить
на контрольные осмотры (по графику согласованному с доктором и записанному в истории болезни).

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
перелечения корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления 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 очень 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, оговоренному с доктором и записанному в истории болезни).

Я осведомлен (осведомлена) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Я проинформировал (проинформировала) 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(сна) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я полагаю, что в моих интересах/ интересах моего ребенка/ лица, интересы которого я представляю приступить к лечению корневых каналов.

Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения. Я имел (имела) возможность задать все интересующие меня вопросы.

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

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента/законного
представителя: _____

Дата "___" _____ 20__ г. _____

Подпись доктора: _____

Если пациент не способен поставить подпись или является несовершеннолетним, подпись родителя или опекуна

Свидетель/администратор/ _____ / _____ /