**Информированное добровольное согласие**

**на эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зубов)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(ФИО пациента)

Врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО врача)

проинформирован(а) о необходимости лечения корневых каналов (эндодонтическое лечение) следующих зубов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мне разъяснено, что эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для дезинфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата. 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. Мне разъяснено, что альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба.

Я ознакомлен с методом лечения и возможными осложнениями предложенного лечения и последствиями, которые могут возникнуть в ходе предложенного лечения, а именно:

- ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, в связи с чем врачом могут быть назначены лекарственные препараты;

- 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. Данные осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба или вызвать необходимость применение других манипуляций;

- в случае необходимости лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного протеза, при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение);

- при снятии ортопедической конструкции, может произойти перелом зуба, что может привести к его удалению;

- в случае успешного завершения эндодонтического лечения, риск возникновения повторного кариозного разрушения данного зуба возможен.

При повторном лечении (перелечивании) корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения снижается, что связано:

- с невозможностью удаления старой корневой пломбы, либо металлического штифта из корневого канала;

- с плохой проходимостью корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов).

Мне разъяснено о необходимости обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения, в связи с тем, что после лечения корневых каналов зуб будет более хрупким и по назначению врача возможно установление штифта, вкладки или коронки.

До меня доведена информация о проведении данного лечения специалистом соответствующей квалификации, с применением им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих методик лечения и соблюдения правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) полные и понятные мне ответы на них.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской процедуры в соответствии с ним.

Я подтверждаю, что после всех разъяснений относительно процедуры, понимаю все возможные последствия, и согласна на проведение вышеуказанной стоматологической процедуры.

Дата «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. ◦

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка )

Я, врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_проинформировал(а) пациента о порядке проведения процедуры, о противопоказаниях, о возможных негативных последствиях и осложнениях, а также дала рекомендации для пациента, которые необходимо соблюдать после проведенной процедуры.

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. ◦

Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка )