

## Информированное добровольное согласие пациента на проведение эндодонтического лечения

Я, Ф.И.О. \_\_\_\_\_ информирован/а/ врачом  
стоматологом \_\_\_\_\_ о необходимости провести  
эндодонтическое лечение.

Этот документ содержит также всю необходимую информацию о том, что я ознакомился/лась с предполагаемым лечением, мог ла/ либо отказаться от него, либо даю свое согласие на проведение лечения.

Доктор поставил мне 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 кист, потеря зубов, а также системные проявления заболевания.

Альтернативным методом лечения является удаление поражение 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 100% гарантии на успех.

Доктор понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно:

- имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба.

Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструмента, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба.

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 (перфорация, поломка инструментов). При лечении искривленных корневых каналов так же имеется более высокий процент поломки инструментов, перфорации и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии и повлечь за собой потерю зуба.

Мне понятно, что после лечения зубов современными композиционными материалами качество может снижаться (т.е. возможны изменения цвета, шероховатость, откол пломбы) вследствие употребления в пищу красящих продуктов, полоскания и приема внутрь настоев трав и некоторых лекарственных препаратов, неудовлетворительной гигиены полости рта, наличие вредных привычек (курение, откусывание ниток, лузганье семечек), употребление твердой пищи (орехи, сухари, кости). Я осведомлен /а/ о возможных осложнениях после анестезии и приеме анальгетиков и антибиотиков.

Я получил /а/ исчерпывающую информацию в доступной форме по предполагаемому лечению и согласен /на/ приступить к запланированному лечению. Мне были объяснены в доступной форме все возможные исходы лечения, в том числе негативные, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел /а/ возможность задавать все интересующие вопросы. Я внимательно ознакомился /лась/ с данным документом и понимаю, что последний является юридическим документом и влечет за собой правовые последствия.

На эндодонтическое лечение зуба согласен /на/.

Ф.И.О. и подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_