

**Приложение к медицинской карте № \_\_\_\_\_**  
**Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство**  
**Эндодонтическое лечение**

*Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении меня/лица, законным представителем которого я являюсь, и что я соглашаюсь с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.*

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента/законного представителя несовершеннолетнего)

являясь законным представителем пациента \_\_\_\_\_,  
(ФИО несовершеннолетнего пациента)

даю добровольное информированное согласие на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство.

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(лась) с предлагаемым лечением зубов \_\_\_\_\_ и, в соответствии со своей волей, мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление, либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Я информирован(а) об альтернативных методах лечения: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

Я информирован(а), о том, что эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, при этом она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии или даже удаления 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 (перфораций, поломки инструментов).

Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии.

Я информирован(а), о том, что при необходимости 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. 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 необходимости его удаления.

Я информирован(а) о возможных осложнениях, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно поломка эндодонтических инструментов, 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 лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня.

Я информирован(а) обо всех возможных временных последствиях эндодонтического лечения:

1. Ощущение дискомфорта, незначительные болевые ощущения, боли при накусывании на зуб, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней;
2. Отечность десны в области зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней.

Даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Я информирован(а) о необходимости восстановления зуба коронкой после проведения эндодонтического лечения. В противном случае последнее может потерпеть неудачу, что может стать причиной потери зуба. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения в процессе лечения и в будущем и обязуюсь приходить/приходить с лицом, законным представителем которого я являюсь, на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с доктором и записанному в истории болезни), соблюдать гигиену полости рта/следить за соблюдением гигиены полости рта лицом.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций лечащего врача.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том

числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных медицинских услуг, и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

**Подпись пациента:** ✓ \_\_\_\_\_

**Расшифровка подписи:** ✓ \_\_\_\_\_

(или подпись его законного представителя)

На все вопросы пациента (законного представителя) врач ответил, ИДС получено.

Подпись врача: \_\_\_\_\_

Расшифровка подписи: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

*Примечание:* при приеме детей до 18 лет обязательно подписывается родителем (опекуном) или сопровождающим лицом.