

**Информированное добровольное согласие
на проведение эндодонтического лечения**

Я,

уполномочиваю врача-
стоматолога _____

провести процедуру эндодонтического лечения.

Этот документ содержит также необходимую информацию для того, чтобы я ознакомился(лася) с предложенным лечением и мог(могла) или отказаться от него, или дать свое согласие на проведение данного лечения. *Последствиями отказа от данного лечения могут быть:* прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление или нарастание боли, образование кисты, потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются:

1) удаление пораженного зуба (зубов);

Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и потому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Врач указал мне о всех *возможных осложнениях*, которые могут возникнуть во время лечения корневых каналов, а именно:

- 1) имеется определенный процент (5-10%) неудачного эндодонтического лечения, что может грозить перелечиванием корневых каналов в будущем, периапикальной хирургией и даже удалением зуба или его части;
- 2) во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, который невозможно будет удалить с корневого канала, или инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это бывает редко, такие осложнения могут стать причиной неудачного эндодонтического лечения и может привести к потере зуба или его части;
- 3) при перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:
 - с невозможностью удаления старой конструкции корневого канала;
 - из-за сильной кальцификации корневых каналов, а также с лечением искривленных корневых каналов, которое повышает вероятность возникновения разнообразных осложнений (перфорации, поломки инструментов, переломов корня);
 - с эндодонтическим лечением зубов, покрытых коронками, несъемными или съемными протезами, которое может привести к повреждению ортопедической конструкции или необходимости ее снятия, при последнем не исключается перелом зуба или отлом его части;
 - с невозможностью предоставления гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении эндодонтической терапии.

Я понимаю, что при наличии показаний, врач может совмещать эндодонтическое лечение с другими методиками.

Врач объяснил мне необходимость обязательного покрытия зуба коронкой после проведения эндодонтического лечения, в противном случае это может привести к отлому части зуба или потере зуба вообще.

Кроме того, я понимаю необходимость диагностиического контроля качества лечения в будущем и обязываюсь приходить на контрольные осмотры.

Я осведомлен(на) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(ла) врача о всех случаях аллергических реакций к медикаментозным препаратам в прошлом и на данное время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предвидеть точного результата запланированного лечения. Я понимаю, что мне не предоставляются гарантии, но считаю, что лечение корневых каналов – в моих интересах.

Мне были объяснены все возможные последствия лечения, а также альтернативные методы лечения. Я также имел(имела) возможность ставить все вопросы, которые меня интересовали.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он имеет юридическую силу и несет для меня правовые последствия. Данный документ является приложением и неотъемлемой частью истории болезни.

«_____» _____ 20__ г.

подпись _____