

Информированное согласие на эндодонтическое лечение, рентгенологическое обследование и анестезию

« » 20__ г.

Я, _____,
врачом ООО «Стоматолог 32» _____ проинформирован(а) о
необходимости лечения корневых каналов (эндодонтическое лечение).

Мне были предложены альтернативные методы лечения, смысл которых мне понятен. Врач понятно объяснил(а) мне выбранный метод лечения, и все возможные осложнения и последствия, связанные с ним:

1. Ощущение дискомфорта после лечения, которое может продолжаться довольно длительное время.
2. Отечность десны в области леченного зуба, которые могут сохраняться в течении нескольких дней.
3. Имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения. Что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаление зуба.
4. Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность его 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)
5. При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:
 - со случаями, если каналы ранее были пломбированы в другой клинике твердеющими препаратами, резорцин-формалиновым методом, в каналах имеются сломанные эндоинструменты, металлические и стекловолоконные штифты и вкладки, тогда часто невозможно удалить старую корневую пломбу и пройти канал на всю длину;
 - если уже имеются перфорации корней и стенок зуба;
 - 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;

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения как в процессе лечения, так и после него и в будущем обязуюсь приходить на контрольные осмотры и профгигиену (по графику, обговоренному с доктором и записанному в истории болезни).

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время проведения анестезии (кровотечения, гематомы, повреждение нервов и сосудов, боль после анестезии, парезы лица) и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) лечащего врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, о наличии всех хронических заболеваний (информация занесена в амбулаторную карту).

Я понимаю, что, даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать 100% гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению, рецидиву инфекционного процесса или перелому в будущем.

Врач объяснил(а) мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения (восстановление вкладкой, коронкой, и т.д.).

Я подтверждаю согласие на проведение мне эндодонтического лечения.

Подпись пациента (или законного представителя) _____

Подпись врача _____