

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение эндодонтического лечения

г. Люберцы, ул. Кирова 7

### Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьёй № 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 13.07.2015) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Я, (клиент, законный представитель), проинформирован лечащим врачом о предполагаемом эндодонтическом лечении зуба.

Эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба) проводится при постановке диагнозов **пульпит** (воспаление нерва) или **периодонтит** (воспаление околокорневых тканей), а также, в ряде случаев, при подготовке зуба под ортопедическую конструкцию (коронка, корневая вкладка).

Эндодонтическое лечение подразумевает ряд манипуляций таких как: удаление нерва, механическая и медикаментозная обработка корневых каналов, пломбировка корневых каналов, внесение в каналы лекарственных средств на срок от 1 до 14 дней, распломбировка ранее лечённых корневых каналов с целью перелечивания или установки внутриканальной конструкции (штифт, вкладка), извлечение из каналов инородных тел (старый штифт, отломок эндодонтического инструмента). Эндодонтическое лечение может быть проведено в несколько посещений. Рентгенологический контроль является неотъемлемой частью качественного эндодонтического лечения.

Мне объяснено, что при лечении пульпита боль стихает в течение 1-14 дней. При лечении периодонтита боль стихает также в течение 1-14 дней, но положительный результат лечения определяется в срок от 3-х до 12-ти месяцев в зависимости от степени деструкции костной ткани в области корней.

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

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.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов), отсутствие лечения как такового.

Врач понятно объяснил мне метод лечения и все возможные осложнения предложенного лечения, а именно:

- ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты, если сочтет это нужным.

- во время лечения корневых каналов, особенно узких и искривленных, возможна поломка 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 или вызвать необходимость применения других манипуляций.

- отёк и эмфизема (насыщение воздушными пузырьками) мягки тканей после промывания каналов зуба антисептическими растворами, что может потребовать дополнительного, хирургического вмешательства.

- если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного 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). Замена данной конструкции будет происходить на возмездной основе по действующему в ООО "ЭДЕН" прейскуранту. Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению.

- даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем, т.к. эндодонтически лечённый зуб не получает должного питания через пульпу и становится более хрупким и наиболее подвержен кариозному процессу.

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

При лечении такого зуба в несколько посещений, его необходимо закрывать временной пломбой, которая может крошиться и, в редких случаях, выпадать.

Также в этот период возможен перелом стенок зуба.

Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии, вплоть до удаления зуба.

Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба (пломбой, восстановительной вкладкой или коронкой) после проведения эндодонтического лечения.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, по усмотрению врача, его нужно будет защитить от перелома путем установления штифта, пломбы, коронки или вкладки.

При лечении каналов результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

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

Я имел (-а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил (-а) исчерпывающие ответы на них.

Я одобряю возможные изменения в плане лечения, применяемых материалах, что может повлиять на конечную стоимость, если они направлены для лучшего удовлетворения моих интересов и согласованы со мной.

Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. Я подтверждаю согласие на проведение мне эндодонтического лечения.

Подпись (клиент, законный представитель)/Расшифровка \_\_\_\_\_/

Подпись врача/Ршифровка \_\_\_\_\_/