

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Согласно положению статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 01.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 25.06.2012 г. № 89-ФЗ, от 25.06.2012 г. № 93-ФЗ)

Мне (Ф.И.О.) _____ доктор (Ф.И.О.) _____

сообщил, что мне показано лечение корневых каналов _____ зубов. Я понимаю, что для лечения _____ зуба требуется снятие ортопедической конструкции, трепанация искусственной коронки, трепанация интактного зуба. Доктор разъяснил мне методы лечения и возможные осложнения предложенного лечения, включая перечисленные ниже:

- Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор назначит лекарственные препараты, если сочтет это нужным.
- Отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или больше.
- Тризм (ограничение открывание рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше.
- В случае недостижения положительного результата вследствие прогрессирования инфекционного процесса (очага) может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаления зуба.
- Переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанные с анатомическими особенностями пациента, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в леченом канале или может потребоваться их хирургическое удаление.
- Перфорация корневого канала, возникшая при распломбировке ранее леченого канала зуба или лечении патологически измененного канала, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению.

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

Я понимаю, что обязан являться на назначенный контрольный осмотр в назначенное врачом время.

При лечении каналов результат не гарантирован, однако гарантировано проведения лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов и соблюдением методик.

Мне сообщено о последствиях, которые могут возникнуть при отказе от предложенного лечения.

Я получил(а) исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен (согласна) с ним.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

Дата _____