

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ (ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ) ЛЕЧЕНИЕ

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года № 323-ФЗ

Я, \_\_\_\_\_, получил от врача \_\_\_\_\_ всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении. Врач внимательно меня осмотрел и разъяснил преимущества и сложности лечения, а также возможные осложнения и последствия, которые могут возникнуть, включая перечисленные ниже:

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

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).

Мне было сообщено, что в ходе лечения может быть применена анестезия, выбор который производится лечащим врачом при моем согласии. Я понимаю, что всегда имеется риск применения анестезии и такой риск мне был полностью объяснен.

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

При лечении каналов гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов, инструментов и соблюдение методик.

Я заявляю, что изложил (-а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья. Я предупрежден(а) о необходимости соблюдения правил гигиены и ухода за полостью рта, так как все усилия врача будут напрасными, если я сам(а) не буду выполнять обязательные ежедневные процедуры.

Я получил исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен с ним.

Подпись пациента \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Фамилия (полностью)

Подпись врача \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Фамилия(полностью),

Дата \_\_\_\_\_

Рекомендации (памятка) получены на руки \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Подпись пациента \_\_\_\_\_