

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Я, _____
Ф.И.О. пациента (законного представителя пациента)

понимаю, что этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (-лась) с предлагаемым лечением и мог (-ла) либо отказаться от него, либо дать своё согласие на проведение данного лечения.

Доктор _____ (Ф.И.О. врача) поставил диагноз

и указал на необходимость лечения данного зуба (группы зубов).

Последствиями отказа от лечения могут быть:

- прогрессирующее заболевание;
- развитие инфекционных осложнений;
- появление либо нарастание болевых ощущений;
- образование кисты;
- потеря зуба (группы зубов);
- системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются: удаление поражённого зуба (группы зубов) и отсутствие лечения как такового.

Хотя терапевтическое лечение данного заболевания (в том числе и эндодонтическое) имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что оно является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Доктор понятно объяснил мне возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения, в том числе во время лечения корневых каналов, а именно: воспалительный процесс в окружающих тканях, образование кисты в области верхушки корня. Мне объяснено, что имеется определённый процент (5-10 %) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать:

- перелечивания корневых каналов в будущем;
- периапикальной хирургии;
- удаления зуба (группы зубов).

Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается. Доктор также объяснил мне необходимость обязательного восстановления коронковой части зуба (группы зубов) после проведённого терапевтического лечения, в противном случае ранее проведённое лечение будет неэффективно, а исход – неблагоприятен. Я понимаю необходимость регулярных осмотров у доктора и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с доктором и записанному в медицинской карте). Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приёме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может прогнозировать точный результат планируемого лечения.

Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю, что в моих интересах приступить к лечению поражённого зуба (группы зубов). Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.

Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

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

Настоящий документ является неотъемлемым приложением к моей медицинской карте.

Подпись врача

_____ / _____

Подпись пациента

(законного представителя пациента)

_____ / _____

Дата подписания документа

« _____ » _____) 20 ____ г.

« _____ » _____) 20 ____ г.