

**Информированное добровольное согласие на проведение  
повторного эндодонтического лечения**

Лечащий врач \_\_\_\_\_ объяснил(а), что в области верхушки корня \_\_\_\_\_ зуба сформировался очаг хронической инфекции в костной ткани челюсти.

Я понимаю, что в такой клинической ситуации мне показано удаление зуба. Я информирован также о возможных зубосохраняющих методах лечения: хирургическое (операция резекции верхушки корня, операция гемисекции, операция ампутации корня); повторное эндодонтическое лечение (распломбировка корневых каналов, временная их пломбировка противовоспалительной пастой, пломбировка каналов постоянным материалом).

Я предупрежден о том, что результат зубосохраняющего лечения невозможно предсказать со 100% уверенностью в связи с:

- Сложной анатомией строения системы каналов
- Невозможностью полной санации, а только лишь с уменьшением количества патогенной микрофлоры
- Возможностью обострения, сопровождающегося удалением зуба
- Ослаблением твердых тканей зуба при повторном эндодонтическом лечении и возможностью развития кариозного процесса тканей

Мне понятно, что клиникой дается гарантия только на качество работ и использование сертифицированных материалов и что гарантировать удачный результат моего лечения невозможно. Я понимаю, что на любом этапе лечения может возникнуть необходимость удаления причинного зуба в связи с возможным развитием следующих осложнений: обострение хронической инфекции (боль в зубе, отек окружающих тканей); перфорация стенки корневого канала; перелом инструмента в корневом канале; отсутствие положительной динамики результатов лечения.

Я предупрежден о сроках зубосохраняющего лечения моего зуба. Доктор также объяснил мне необходимость обязательного восстановления коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения, в противном случае последнее может потерпеть неудачу (что может стать причиной потери зуба, либо потребовать перелечивания корневых каналов). Кроме того я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по согласованному с врачом графику).

Я также понимаю, что в случае неудачного результата эндодонтического лечения возникает необходимость удаления причинного зуба и, как следствие этого, изменение плана протезирования в соответствии с данной клинической ситуацией.

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

Я внимательно ознакомился(лась) с данным приложением и понимаю, что информированное согласие или информированный отказ от лечения является неотъемлемой частью истории болезни, считаю, что достаточно проинформирован(а) и после достаточного времени на размышления доверяю врачу.

Я, \_\_\_\_\_ **согласен(на)** на проведение повторного эндодонтического лечения \_\_\_\_\_ зуба.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_ **отказываюсь** от проведения повторного эндодонтического лечения \_\_\_\_\_ зуба.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_