

Информированное согласие на эндодонтическое лечение

Я, _____, врачом

проинформирован (а) о необходимости лечения корневых каналов (эндодонтическое лечение).

Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для дезинфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата.

Положительный результат эндодонтического лечения в виде исчезновения воспаления в области верхушки корня проявляется в период от шести месяцев до двух лет. Средний статистический показатель восстановления – 90%, средний статистический показатель улучшения – 10%.

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.

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.

Врач понятно объяснил мне метод лечения и все возможные осложнения, предложенного лечения и последствия, которые могут возникнуть при отсутствии 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 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;

- 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). 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.

При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения снижается, что связано:

- с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо инородное тело из корневого канала;

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

- с резистентностью микрофлоры корневых каналов к антисептическим препаратам.

Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии.

Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба 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 коронки (вкладки).

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

Я обязуюсь приходить на все посещения согласованные с врачом для оказания мне качественной услуги.

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 отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Вся информация была мне разъяснена до начала лечения.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне эндодонтического лечения в ООО «Медстомэлит».

Дата _____

Ф.И.О. и подпись пациента _____

Дата _____

Ф.И.О. и подпись лечащего врача _____