

Информированное добровольное согласие на проведение повторного эндодонтического лечения

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Лечащий врач _____ объяснил, 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 о возможных зубосохраняющих методах лечения: хирургического (резекции верхушки корня, гемисекции, ампутации корня); повторного эндодонтического лечения (распломбировка корневых каналов, временная их пломбировка противовоспалительной пастой, пломбировка каналов постоянным материалом).

Я предупрежден о том, что результат зубосохраняющего лечения невозможно предсказать со 100%-й уверенностью в связи со 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.

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. Врач 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 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(сна) на проведение повторного эндодонтического лечения __ зуба.

Подпись пациента _____

Я отказываюсь от проведения повторного эндодонтического лечения __ зуба.

Подпись пациента _____

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О. пациента)

" ____ " ____ 20__ г.
(дата оформления)

Образец