#### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ согласие на терапевтическоЕ лечениЕ зубов

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество пациента)

до проведения терапевтического лечения зубов, получил (а) от врача интересующую меня информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Врач, после диагностического обследования, обосновал необходимость проведения терапевтического лечения зубов и последствия отказа. Последствиями отказа от терапевтического лечения зубов могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений (как местных, так и общих), появление или нарастание болевых ощущений, потеря зубов, нарушение функции жевания и речеобразования, косметические дефекты. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае, будут иметь меньший клинический успех. Основными альтернативными методами являются: удаление пораженного зуба(ов) или отсутствие лечения, как такового. Врач объяснил, что для диагностики и последующего лечения кариеса зубов и его осложнений (воспаление и гибель сосудисто-нервного пучка в каналах зубов), может понадобиться проведение дополнительных диагностических мероприятий, а также рентгенологическое исследование.

 Допускается коррекция составленного плана и методик лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения: кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а, следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования, реставрации), может понадобиться эндодонтическое лечение (пломбирование корневых каналов).

 В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии. При проведении анестезии может быть отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, тризм (ограниченное открывание рта). Кроме того, врач разъяснил необходимость проведения рентгенологического исследования (в т.ч, для диагностики и контроля качества лечения), объяснил цель и суть данной методики, а так же получил мое согласие на его проведение.

 Мне объяснены принципы лечения зу­бов, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: устранение факторов, обусловливающих процесс разрушения тканей зуба; предупреждение дальнейшего развития пато­логического кариозного процесса; сохранение и восстановление анатомической формы и функции зуба; предупреждение развития патологических процессов и осложнений;

 Мне разъяснено, что в процессе препарирования зуба (удаления пораженных тканей с помощью бора), может измениться диагноз и тактика лечения.

 Я поставлена в известность, что эндодонтическая терапия (лечение каналов зубов) имеет высокий процент клинического успеха, однако, как любая медицинская манипуляция, является вмешательством в биологический организм и существуют

обстоятельства, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, возможных осложнениях во время и после лечении, в том числе:

* имеется определенный процент (5-10 %) неудач эндодонтического лечения, и в дальнейшем может потребоваться: повторное лечение корневых каналов, проведение хирургических операциий в области корней зубов (для устранения воспалительного процесса), удаление зуба.
* во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может разрушить (перфорировать) стенку корня зуба. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба в перспективе.
* недопломбировка корневого канала в связи с облитерацией или искривлением корневого канала;
* при перелечивании (ранее леченных) корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения снижается, и зависит от возможности прохождения каналов на всю длину и воздействия на микроорганизмы внутри канала, в т.ч. безопасного и полного удаления старой корневой пломбы, штифта, вкладки;
* при лечении искривленных корневых каналов и каналов, имеющих анатомические особенности строения, процент поломки инструментов, перфораций и иных осложнений увеличивается.
* другие осложнения, требующие применения специального оборудования и методов лечения.
* ощущение дискомфорта после лечения , продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней;
* отечность лица или десны в области леченного зуба, которые могут сохраняться в течение нескольких дней;

 Врач объяснил, что после лечения корневых каналов, восстановление коронки зуба существует несколько методов: пломба; пломба со штифтом; пломба со штифтом, покрытые коронкой; культевая вкладка, покрытая коронкой. Однако, в подавляющем большинстве случаев (отсутствие твердых тканей зуба на ½ и более), для последующего сохранения зуба с восстановлением его функции и формы, используют ортопедические конструкции, состоящие из культевой вкладки и коронки. Игнорирование рекомендаций врача о способе сохранения зуба, отражается на качестве достигнутых результатов лечения и не позволяет определить прогноз лечения, срок службы пломбы и гарантировать сохранение самого зуба в дальнейшем.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы в понятной форме.

 Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

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

 Подпись пациента Фамилия И. О.

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

 Подпись лечащего врача Фамилия И. О.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.