

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_, проинформирован(а) что для постановки диагноза и проведения стоматологического вмешательства врачу необходимо выявить жалобы, провести опрос, собрать анамнез. Провести осмотр, использовать для клинического обследования физические методы, инструментальные методы, лабораторные методы, рентгенографию.

Мне были объяснены все необходимые методы обследования. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я также проинформирован(а) о необходимости **проведения стоматологического терапевтического лечения** и понимаю цели его проведения.

Врач разъяснил мне методы и способы выполнения предложенного лечения, преимущество лечения перед удалением зуба; последствия которые могут наступить при невыполнении лечения. Я предварительно проинформирован(а) о побочных эффектах и возможных осложнениях, включая ниже перечисленные и другие возможные осложнения:

- ощущение дискомфорта после лечения, боли при нагрузке на вылеченный зуб, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач при необходимости назначит лекарственные препараты или физиотерапевтическое лечение;
- отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или больше;
- обострение хронического процесса в ходе лечения;
- контрактура (ограниченное открывание рта), прогрессирование воспалительного процесса с развитием острой одонтогенной инфекции и ее осложнений;
- аллергические реакции;
- поломка эндодонтического инструмента, который может быть (по усмотрению врача) оставлен в леченом корневом канале или может потребоваться его хирургическое удаление;
- перфорация корневого канала инструментом, перелом корня зуба, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к удалению зуба;
- выведение пломбировочного материала за верхушку корня и попадание материала в нижнечелюстной канал или верхнечелюстную пазуху;

- парестезия (нарушение чувствительности);
- невозможность прохождения корневого канала из-за сложного анатомического строения зуба;
- резорбция корня;
- другие возможные осложнения: \_\_\_\_\_

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким, и его в некоторых случаях нужно будет защищать от перелома путем установления коронки (вкладки).

Я понимаю, что это лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и как любое медицинское вмешательство не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех этапов. Поэтому иногда возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде внеплановых манипуляций и (или) изменения срока лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативные варианты. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я ознакомился(ась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ ФИО)

Подпись врача \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ ФИО)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ ФИО)

Подпись врача \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ ФИО)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ ФИО)

Подпись врача \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ ФИО)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.