**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЭНДОДОТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

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.

Я, «Клиент.ФИО» (ФИО полностью) соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО Мне сообщена, разъяснена врачом-стоматологом и понятна информация о сути лечения.

Доктор понятно объяснил мне возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно:

1.во время лечения корневых каналов 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, на этапе лечения возможен перелом зуба, либо скол его стенки, что также может повлечь удаление зуба.

2.при перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:

\* с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;

\* с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорацией, поломки инструментов). При лечении искривленных корневых каналов так же имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии.

* Даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем;
* Даже в случае успешного лечения корневого канала (корневых каналов) существует риск появления, либо роста очага воспаления (появление или рост гранулемы) в области причинного зуба.
* Доктор также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения ортопедической конструкцией, в противном случае, может произойти потеря зуба. Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (назначенные врачом);
* Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы, и получил(а) на них подробные ответы.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023г.            \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «Клиент.ФИО»

                                                                 подпись                          ФИО полностью

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего лечения, дал(а) ответы на все вопросы.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

        подпись                              ФИО врача

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Диагноз | Контрольный осмотр | Подпись пациента | Дата | Диагноз | Контрольный осмотр | Подпись пациента |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |