

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Мне, _____, доктор _____ сообщил, что мне показано лечение корневых каналов зуба _____.

Доктор _____ разъяснил мне метод и возможные осложнения предложенного лечения и последствия, которые могут возникнуть при отсутствии предложенного лечения, включая перечисленные ниже.

- ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор назначит лекарственные препараты, если сочтёт нужным.

- Отёчность десны в области леченного зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и больше.

- Тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше.

- В случае недостижения положительного результата вследствие прогрессирования инфекционного процесса (очага) может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаление зуба.

- Переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанные с анатомическими особенностями пациента, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в леченном канале или может потребоваться их хирургическое удаление.

Перфорация корневого канала, возникшая при распломбировке ранее леченного канала зуба или лечении патологически измененного канала зуба, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, по усмотрению лечащего врача, его нужно будет защищать от перелома путем установления коронки (кладки).

Я понимаю, что обязан являться на назначенный контрольный осмотр в назначенное врачом время.

При лечении каналов результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов и соблюдение методик.

Я получил исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен с ним.

Дата _____
Подпись пациента _____
Подпись врача _____