ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ,
МЕСТНУЮ АНЕСТЕЗИЮ, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ
ООО « СЕМЕЙНЫЙ СТОМАТОЛОГ» г.Орел ул. Сурена Шаумяна 3

${doc:date} г.

Я , ${cbase:display_name}
проинформирован(а) врачом ${doc:party1_person_name}
о необходимости эндодонтического лечения (пломбирование корневых каналов) мне (моему ребенку).
Мне были предложены альтернативные методы лечения: удаление зуба или отсутствия лечения, как такового. Врач понятно объяснил(а) мне выбранный метод лечения, и все возможные осложнения и последствия, связанные с ним:

-Чувство онемения мягких тканей лица и языка и необходимости воздержаться в это время от приема пищи, во избежание прикусывания губы и языка.
-Обострение герпетической инфекции, появление трещин и афт на губах и слизистой.
-Отечность десны в области леченного зуба, болезненности при открывании рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней.
-Из-за сложного анатомического строения системы корневых каналов зуба возможно, что проведенное лечение окажется мало эффективным, что потребует повторного лечения корневых каналов, резекцию вс верхушек корней, удаление кисты или кистогранулемы, удаление зуба или другое.
-При лечении корневых каналов возможна поломка инструментов, связанная со скрытым браком инструмента, что может повлечь за собой невозможность его удаления из корневого канала и применение альтернативных методов лечения, что снижает благоприятный прогноз лечения.
-При повторном лечении корневых каналов (перепломбировка) успех эндодонтического лечения значительно уменьшается:
- если каналы ранее были пломбированы резорцин-формалиновым методом, в каналах имеются сломанные эндоинструменты, металлические и стекловолоконные штифты и вкладки, что делает невозможным обработать канал на всю длину;
- если уже имеются перфорации корней и стенок зуба;
- если каналы сильно искривлены и склерозированы, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов и других).

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования для диагностики контроля качества проведенного лечения и даю согласие на проведения такового.
Я информирован(а) о сложностях и рисках при инъекционной анестезии: отечность мягких тканей, гематома в месте инъекции, аллергические реакции, сердцебиение и других.
Я проинформировал(а) лечащего врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, о наличии всех хронических заболеваниях (информация занесена в амбулаторную карту), так как понимаю, что в процессе лечения возможен прием антибиотиков и обезболивающих препаратов.
Мне объяснили план мед. вмешательства, объем, сроки, а также осложнения, связанные с индивидуальными особенностями строения организма, защитных сил(иммунитета), в том числе, что лечение корневых каналов с воспалительными изменениями в челюстной кости условно, т. е. без гарантий.
Врач объяснил(а) мне необходимость обязательного восстановления зуба, после проведения эндодонтического лечения (восстановления вкладкой, коронкой, и.т.д.) в течении 30 дней.
Мне известен прейскурант, принятый в клинике.
Я подтверждаю согласие на проведение мне эндодонтического лечения, местной анестезии и рентгенологического исследования. Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом, понимаю, что он является юридическим документом.
Врач_____ ${doc:party1_person_name}
Пациент, законный представитель_____${doc:party2_person_name}

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ,
МЕСТНУЮ АНЕСТЕЗИЮ, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Пациент ${cbase:display_name}

График проведенных приемов

Дата Приема	Зуб, Диагноз	Подпись Пациента

Образец документа «ООО СЕМЕЙНЫЙ СТОМАТОЛОГ»