

**Информированное согласие
на проведение повторного эндодонтического лечения**

от " ____ " _____ 200 ____ г.

Мне, _____, врачом _____ предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом повторном эндодонтическом лечении.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, в том числе:

1. в некоторых случаях становится невозможным удаление старой корневой пломбы и инородного тела при перелечивании корневого канала, и особенно при прохождении корневого канала на всю рабочую длину в корнях зубов, леченых ранее резорцин-формалиновым методом;
2. при лечении искривленных корневых каналов, а также в условиях их сильной кальцификации и при перелечивании (т.е. удалении старых корневых пломб) возможна поломка инструмента, перфорация и перелом корня;
3. при лечении перфораций возможно появление симптомов подкожной эмфиземы, а при промывании корневых каналов анитсептическими растворами - появление отека мягких тканей в области причинного зуба;
4. при эндодонтическом вмешательстве возможно обострение хронического процесса и появление болевых ощущений в зубе при прикусывании и жевании, а также сглаженности переходной складки в области причинного зуба.

Вышеуказанные осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и повлечь за собой применение методов периапикальной хирургии, физиотерапии и даже привести к удалению зуба и замене конструкции зубного протеза.

Даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя дать гарантии, что этот зуб в дальнейшем не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля во время лечения, а также необходимость обязательного восстановления зуба после эндодонтического лечения, я обязуюсь приходить на контрольные осмотры и следить за гигиеной полости рта. Я получил(а) полную информацию о гарантийных сроках, действующих в клинике и согласен(на) провести эндодонтическое лечение моего зуба.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. Я подтверждаю согласие на проведение мне повторного эндодонтического лечения.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____