

**Информированное согласие на проведение  
повторного эндодонтического лечения ребенку**

от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 200 \_\_\_\_ г.

Мне, \_\_\_\_\_, врачом \_\_\_\_\_  
предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом повторном  
эндодонтическом лечении у моего ребенка.

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  
т.ч.:

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 повторного эндодонтического  
лечения и повлечь за собой применение методов периапикальной хирургии, физиотерапии и  
даже привести к удалению зуба.

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

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля во время лечения, а также  
необходимость обязательного восстановления зуба после эндодонтического лечения. Я  
получил(а) полную информацию о гарантийных сроках, действующих в клинике и  
согласен(на) провести повторное эндодонтическое лечение.

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 медицинской карты. Я подтверждаю согласие на проведение  
моему ребенку повторного эндодонтического лечения.

Подпись родителей (опекуна)

Подпись врача

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_