

**Информированное добровольное согласие пациента
на эндодонтическое лечение в ООО "АФИНА"**

1. Мне , _____, доктор , _____ сообщил , что мне показано лечение корневых каналов зуба _____.
2. 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 , продолжающее от нескольких часов до нескольких дней , по поводу чего доктор назначит лекарственные препараты , если сочтёт это нужным ;
 - отёчность десны в области лечённого зуба или лица после лечения , которые могут сохраняться в течение нескольких дней или больше ;
 - тризм (ограниченное открывание рта) , который обычно длится несколько дней , но может и дольше ;
 - в случае недостижения положительного результата в следствие 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 лечённом канале или может потребоваться их хирургическое удаление ;
 - перфорация корневого канала , возникшая при распломбировке ранее лечённого канала или лечении патологически изменённого канала , что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению ;
 - преждевременная утрата зуба в следствие прогрессирующего заболевания пародонта ;
3. Я понимаю , что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и , по усмотрению лечащего врача , его нужно будет защитить от перелома путём установления коронки (вкладки) .
4. Я понимаю , что обязан являться на назначенный контрольный осмотр в назначенное врачом время .
5. Я понимаю , что при лечении каналов результат не гарантирован , но гарантированно проведение лечения специалистом соответствующей квалификации с применением им качественных материалов и инструментов , с соблюдением методик .
6. Я получил исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен с ним .
Дата _____
Подпись пациента _____
Подпись врача _____