

## Информированное добровольное согласие на лечение периодонтита

г. Москва

ДатаЗаключенияДоговора

*Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель*

**Я, ЗаконныйПредставитель,**  
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента

**ФамилияИмяОтчествоПациента**  
(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня (представляемого) заболевания \_\_\_\_\_

**Мне разъяснено, что периодонтит** – это воспаление периодонта, то есть тканей, окружающих зуб, а также даны разъяснения о конкретной разновидности диагностированного у меня (представляемого) заболевания:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>К04.4</b> Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения | <input type="checkbox"/> <b>К04.6</b> Периапикальный абсцесс с полостью  |
| <input type="checkbox"/> <b>К04.5</b> Хронический апикальный периодонтит                      | <input type="checkbox"/> <b>К04.7</b> Периапикальный абсцесс без полости |
| <input type="checkbox"/> <b>К04.8</b> Корневая киста  |  |

**Я также предупрежден(а) о том,** что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение следующих осложнений заболевания: остеомиелит челюсти, гнойное воспаление лица и шеи, острый сепсис.

**Мне разъяснено и понятно, что такое медицинское вмешательство, как лечение периодонтита проводится в несколько этапов.** Сначала для устранения воспаления хирургически удаляется жидкость (гнойная или серозная), образовавшаяся в месте воспаления, что может занять несколько дней при необходимости полоскания гипертоническими растворами. Далее лечение будет складываться из следующих этапов: механическая подготовка (расширение, очистка), антисептическая обработка (дезинфекция) и пломбирование каналов – сначала временное (зачастую неоднократно), а потом и постоянное. При этом выведение пломбировочного материала за верхушку зуба может быть необходимым и являться методом лечения. В зависимости от степени разрушения зуба далее производится реставрация или протезирование.

**Я также информирован(а) о том, что с учетом тяжести моего (представляемого) заболевания может быть проведено хирургическое вмешательство, которое заключается в удалении воспаленной верхушки корня зуба.** Такая операция позволяет спасти весь зуб при периодонтите и избежать его удаления.

**Альтернативными методами лечения являются:** удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения вообще.

**Я информирован(а), что эндодонтическая терапия по лечению периодонтита не имеет высокого процента клинического успеха (не более 50%) в связи с наличием серозного или гнойного содержимого в каналах зуба или переапикальных тканях, и я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:**

- Вследствие сильной кальцификации корневых каналов, а также при лечении искривленных корневых каналов возможно: перелом эндодонтического инструмента в корневом канале, перфорация стенки корневого канала или стенки зуба, неполное пломбирование корневого канала.

- Также возможно: вывод пломбировочного материала за верхушку корня зуба, необнаруженный и, соответственно, незапломбированный дополнительный корневой канал, аллергические реакции, рецидив воспалительного процесса в периапикальных тканях зуба, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

**Я понимаю и принимаю**, что положительный результат при лечении периодонтита не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

**Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 3-4 дня, а при «накусывании» вплоть до двух-трех недель.**

**Я предупрежден(а)** о том, что, ввиду специфики медицинской деятельности, невозможно предоставить мне (представляемому) гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении лечения.

**Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после лечения периодонтита являются болевые ощущения в области пролеченного зуба и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне (представляемому) необходимо обратиться в клинику ООО «СТОМСТУДИЯ» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.**

**Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.**

**Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом ООО «СТОМСТУДИЯ».**

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

**Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства**  
\_\_\_\_\_ (подпись)