

Бланк информированного согласия на лечение корневых каналов / возобновление лечения корневых каналов Root Canal Treatment/ Root Canal Retreatment

Имя пациента: _____
фамилия имя имя отца удостоверение личности

Я подтверждаю получение подробных устных пояснений от доктора: _____
фамилия имя

о лечении корневых каналов / возобновлении лечения корневых каналов зуба/зубов № _____
(далее – «основное лечение»).

Мне объяснили, что целью лечения является сохранение зуба, а также что без лечения может возникнуть необходимость в удалении зуба. Мне рассказали о лечении и об ожидаемых результатах. Перед выбором данного метода лечения были рассмотрены альтернативные методы лечения.

Мне рассказали о возможных рисках, связанных с планируемым лечением, в том числе о:

1. Невозможности полностью заполнить корневой канал из-за кальцификатов в корневом канале или искривления корневого канала.
2. Развитию инфекции или неизлечимости существующей инфекции.
3. Трещине или переломе корня зуба, выявленных во время или по окончании лечения.
4. Переломе коронки зуба во время или по окончании лечения.
5. Разрушении иглы или приспособления внутри корневого канала.
6. Перфорации зуба во время лечения.
7. Повреждении существующих керамических коронок и покрытий.
8. Прохождении промывочной жидкости/герметиков за пределы верхушки корня зуба и образование отека и/или воспаления процесса костной ткани, и/или пазух, и/или повреждении нерва.

Во время/по окончании лечения может развиваться болевой синдром и/или отечность. В этих случаях следует принимать обезболивающие и/или антибактериальные препараты. Могут развиваться заранее не прогнозируемые состояния, требующие лечения, отличного от вышеописанного, или направления к специалисту, включая необходимость проведения повторного лечения корневых каналов, резекции верхушки корня зуба или удаления зуба.

Мне объяснили, что зуб, подвергающийся лечению корневых каналов, или зуб после окончания лечения корневых каналов ослабевает. Чтобы снизить риск перелома зуба, следует избегать употребления твердой пищи и в то же время как можно скорее выполнить соответствующую реставрацию.

Я подтверждаю, что мне объяснили важность предоставления полной и точной информации о состоянии здоровья, медикаментозной чувствительности и реакции на анестезию, так как данная информация может иметь решающее значение для выбора плана и режима лечения в целях сохранения моего здоровья.

Я также даю согласие на выполнение местной анестезии после того, как мне были объяснены риски и осложнения от анестезии, включая нарушение чувствительности губ и/или языка, и/или подбородка, и/или лица, подкожное кровотечение, отечность и ограничение открывания рта.

Если будет принято решение о проведении основного лечения под общим наркозом или внутривенным наркозом, объяснения по анестезии мне предоставит врач-анестезиолог.

Я даю свое согласие на лечение корневых каналов и подтверждаю, что мне понятны характер лечения, шансы на успех, риск развития возможных осложнений.

дата подпись пациента

имя опекуна подпись опекуна
(если пациент является недееспособным, несовершеннолетним или душевнобольным)

Я подтверждаю, что я устно объяснил пациенту / опекуна пациента*/переводчику на доступном ему/ей языке, рассказал все детально и пациент подписал в моем присутствии бланк информированного согласия, после того как он подтвердил, что он понял предоставленные ему пояснения.

Имя переводчика / степень родства с пациентом: _____

имя врача подпись врача № лицензии

04.11.2020