

**Інформована добровільна згода
на проведення медичного стоматологічного втручання
/ендодонтичне лікування/**

Я, _____, _____ року народження, цим документом підтверджую факт надання усвідомленої згоди на проведення **ендодонтичного лікування** (лікування кореневих каналів) в Амбулаторії ГТОВ «УСМІШКА» ЛТД.

Своїм власним підписом я підтверджую, що у повністю зрозумілому та доступному вигляді мені була надана інформація стосовно стану мого здоров'я, поставленого діагнозу, можливого прогнозу, ризиків і ускладнень лікування, а також найбільш ефективних для мене методів лікування. Мені зрозуміло, що альтернативним методом лікування є видалення зуба.

Мені була надана можливість поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні та зрозумілі для мене відповіді. Після консультації я мав (-ла) достатньо часу і можливостей все обміркувати та порадитися з іншими особами (близькими та родичами, спеціалістами тощо). У мене немає недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації і намірів лікарів та інших медичних працівників Амбулаторії, де я буду проходити стоматологічне лікування.

Після пояснення лікаря я зрозумів (-ла), що лікування кореневих каналів проводиться з метою збереження зуба, який у іншому випадку підлягає видаленню. Незважаючи на те, що лікування каналів має дуже високий відсоток клінічного успіху, воно також є втручанням в унікальну біологічну систему людини і тому результат не може бути гарантованим.

Мені також зрозуміло, що зуб, який був пролікований без застосування хірургічних методів, може потребувати переліковування у майбутньому. Окрім цього, приблизно 10% ендодонтично пролікованих зубів можуть вимагати додатково оперативного втручання – резекції верхівки кореня через певний час. Але навіть після ендодонтичного лікування, переліковування та хірургічного лікування, біля 5% зубів все ж вимагають видалення.

Я попереджений (-на) і розумію, що після лікування кореневих каналів мій зуб буде більш крихким і його потрібно буде захистити від перелому за допомогою коронки, вкладки або пломби і це має бути завершено протягом **одного місяця**.

При виявленні неякісного попереднього лікування кореневих каналів, з метою збереження зуба та попередження можливих ускладнень, проводиться розпломбування та перелікування кореневих каналів. Проходження попередньо запломбованих кореневих каналів вимагає особливої майстерності лікаря, використання додаткового інструментарію та особливих витрат часу. При цьому успішний результат може бути отриманий лише у 85% клінічних випадків.

Лікар роз'яснив мені метод і спосіб виконання запропонованого лікування, перевагу лікування кореневих каналів перед видаленням і наслідки, які можуть настати, якщо це лікування не проводити.

Мені зрозуміло, що після проведеного лікування кореневих каналів можуть виникнути наступні ускладнення:

1. Відчуття дискомфорту після лікування, що може продовжуватись від кількох днів до декількох тижнів, з приводу чого лікар може призначити відповідне медикаментозне лікування, якщо буде вважати за потрібне.

2. набряк ясен на ділянці пролікованого зуба або обличчя після лікування, який може зберігатися протягом кількох днів або більше і потребувати додатково хірургічного втручання.
3. Передчасна втрата зуба внаслідок прогресуючого захворювання пародонту.
4. Як виняток, переломи інструментів під час лікування кореневого каналу, рештки яких можуть бути залишені в каналі.

Ендодонтичне лікування проводиться під знеболенням. Блокується лише больове відчуття, залишаючи тактильне. Після закінчення цього періоду може з'явитися відчуття незручності та тиску в ділянці пролікованого зуба. Я розумію, що в разі сильного болю, я повинен (-на) повідомити про це лікуючого лікаря і виконати всі його рекомендації, в т.ч. щодо прийняття знеболюючих препаратів.

Я інформований (-на) про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків. Я проінформував (-ла) лікуючого лікаря, про усі випадки алергії до медикаментозних препаратів у минулому, про алергічні прояви (їх відсутність) в цей час.

Я розумію необхідність рентгенологічного контролю якості лікування і зобов'язуюся приходити на контрольні огляди (за графіком, погодженим з лікарем і записаним в медичній карті).

Мені пояснили, що бувають випадки, коли ендодонтичне лікування не може бути завершене в один візит. Я зобов'язуюся відвідувати лікуючого лікаря відповідно до визначеного графіку. Я віддаю собі звіт, що у випадку пропуску візиту або невиконання медичних приписів лікуючий лікар не несе відповідальності за моє здоров'я відповідно до ст. 34 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-XII.

Я знаю та розумію, що практична стоматологія не є точною наукою і що не може бути 100% гарантії на результат лікування навіть при ідеальному виконанні всіх його клінічних і технологічних етапів. Розуміючи суть запропонованого лікування й унікальність власного організму, я згоден (-на) з тим, що ніхто не може передбачити точний результат запланованого лікування.

Я віддаю собі звіт, що можливі ускладнення після цього лікування, в разі їх настання, не є прогнозованою шкодою здоров'ю і усуваються належним чином в межах Медичного закладу або при показаннях в умовах стаціонару щелепно-лицевого відділення.

Текст цього документу мною прочитано та своїм підписом я підтверджую, що повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено. Я розумію, що ця згода є юридичним документом і тягне для мене правові наслідки.

Цей документ є невід'ємною частиною медичної карти стоматологічного хворого.

Підпис пацієнта _____ / _____
(підпис) (П.І.Б.)

Лікуючий лікар _____ / _____
(підпис) (П.І.Б.)

« ___ » _____ 20__ р.