

**ИНФОРМАЦИОННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**НА ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.**

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 30, 31, 32, 33 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1

1. Мне, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество пациента – полностью)

врач, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество врача – полностью)

сообщил, что мне показано лечение корневых каналов зуба

1. Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ разъясним мне метод и возможные осложнения предложенного лечения и последствия, которые могут возникнуть при отсутствии предложенного лечения, включая перечисленные ниже:
* Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор назначит лекарственные препараты, если сочтёт это нужным.
* Отёчность десен в области леченного зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или больше.
* Контрактура (ограниченное открывание рта), которая обычно длиться несколько дней, но может и дольше.
* В случае не достижения положительного результата вследствие прогрессирования инфекционного процесса (очага) может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаления зуба.
* Переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанные с анатомическими особенностями пациента, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в леченном канале или может потребоваться их хирургическое удаление.
1. Перфорация корневого канала, возникшая при распломбировке ранее леченного канала зуба или лечении паталогически изменённого канала, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению.
2. Преждевременная утрата зуба вследствие 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. При лечении каналов результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов и соблюдение методик.
6. Я получил(а) исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен(а) с ним.
7. Моё решение является свободным и добровольным, представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства в ООО «МЕРИДИАНУМ»

*Пациент:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*/*

*Беседу провел врач:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

*Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «2023г.»*