

**Информированное добровольное согласие  
на лечение пульпита**

г. Москва

Дата Заключения Договора

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

Я, Законный Представитель \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента \_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество Пациента

(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 пульпит** - это острое воспаление сосудисто-нервного пучка в зубе (пульпы) вследствие проникновения в нее бактерий из кариозной полости зуба, а также даны разъяснения о конкретной разновидности диагностированного у меня (представляемого) заболевания:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>К04.0</b> Пульпит            | <input type="checkbox"/> <b>К04.3</b> Неправильное формирование твердых тканей в пульпе |
| <input type="checkbox"/> <b>К04.1</b> Некроз пульпы      |   |
| <input type="checkbox"/> <b>К04.2</b> Дегенерация пульпы |   |

**Я также предупрежден(а) о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение осложнения в виде нового заболевания – периодонтита, периапикального абсцесса или корневой кисты.**

**Я также информирован(а) врачом о том, что метод лечения пульпита заключается в удалении болезненно измененной пульпы, дезинфекции пульпарной камеры, а также механической и медикаментозной обработке кариозной полости, каналов корня зуба и заполнении их пломбировочным материалом с последующей реставрацией анатомической формы зуба. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения вообще.**

Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и потому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. **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 и иные неожиданные последствия и осложнения.

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

**Я предупрежден(а), что имеется определенный процент (5-10%) неудачного эндодонтического лечения, что может грозить перелечиванием корневых каналов в будущем, периапикальной хирургией и даже удалением зуба или его части.**

**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 пульпита являются болевые ощущения в области пролеченного зуба и что при появлении болевых ощущений 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.**

**Так же 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)