

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО  
ВМЕШАТЕЛЬСТВА  
ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ  
(ЛЕЧЕНИЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ)**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство; Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, \_\_\_\_\_ г.р., настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зубов) \_\_\_\_\_ г.р., в дальнейшем «лечение» в СПБ ГБУ «Стоматологическая поликлиника №12». Мне, согласно моей воле, сообщен

диагноз \_\_\_\_\_, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение стоматологам клиники СПБ ГБУ «Стоматологическая поликлиника №12»

В соответствии с порядком установленным Приказом Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н "Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства", мне, перед оформлением информированного добровольного согласия, предоставлена в доступной форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о цели лечения, а именно устранение инфекции внутри корневой канальной системы зуба и/или в периапикальных и/или в прилежащих зубу тканях зубо-челюстной системы.

Со мной согласован **Индивидуальный План Лечение**, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом.

Со мною согласован **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, а именно удаление инфицированных тканей из корневых каналов зуба и последующее пломбирование корневых каналов;

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, что фактические результаты могут отличаться от ожидаемых результатов, что допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны варианты медицинского вмешательства (**альтернативные варианты лечения**), а именно:

Удаление пораженного зуба (пораженных зубов);

Применение других пломбировочных материалов;

Гемисекция многокорневого зуба

Мне сообщены, разъяснены врачом возможные **негативные последствия в случае полного или частичного отказа** от рекомендованного плана лечения, а именно: развитие инфекции, вплоть до образования свищевых ходов; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; а также нарушения общего состояния организма

Мне сообщены **последствия медицинского вмешательства**, возможные **осложнения** и риски, связанные с лечением.

Возможны осложнения **под влиянием анестезии**, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, поломка иглы, гематома, снижение внимания, аллергические реакции, невралгия, онемение (возможно не проходящее), потеря чувствительности в области языка, губ, глаза и других мягких тканей лица), тризм (ограниченное открывание рта), обморок, повышение артериального давления, коллапс, осложнения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы, вплоть до смертельного исхода.

Я предупрежден, что в случае назначения **приема анальгетиков и антибиотиков**, возможны осложнения, а именно: аллергические реакции, изменение иммунологического баланса, нарушение состава кишечной микрофлоры, осложнения со стороны пищеварительной, дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

Возможны **осложнения (риски)** в процессе и после лечения.

Травма мягких тканей полости рта стоматологическим инструментарием и оборудованием.

Развитие «гипохлоритовой аварии» в следствии попадания раствора гипохлорита натрия при ирригации в периапикальные ткани

Я предупрежден, что могут возникнуть болевые ощущения во время и после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты, если сочтет это нужным.

Может произойти трещина корня и перелом стенки зуба, что может привести к его удалению. Я предупрежден, что во время лечения корневых каналов, особенно искривленных, возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это

