

# ООО «Поликлиника «ЮКАС»

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОВ.

1.1 Я, (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_, обратился(лась) в ООО «Поликлиника «ЮКАС» для лечения. После обследования мне поставлен предварительный диагноз \_\_\_\_\_

Окончательный диагноз \_\_\_\_\_

1.2 Я получила подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю суть предложенного эндодонтического лечения. Меня ознакомили с альтернативными методами лечения.

1.3 Я осведомлен(а) о последствиях отказа от данного лечения и осложнениях, которые могут произойти во время и после эндодонтического вмешательства, в том числе:

- ◆ невозможность удаления старой корневой пломбы при перелечивании корневого канала;
- ◆ возможность поломки эндодонтических инструментов, перфорации и перелома корня при лечении искривленных корневых каналов, облитерации (сужение) корневых каналов и удалении старых корневых пломб;
- ◆ возможность обострения хронического процесса и появления болевых ощущений в зубе при откусывании, жевании, а также отека окружающих зуб тканей в процессе и после эндодонтического лечения;
- ◆ возможность повреждения протеза и возникновения необходимости снятия всей ортопедической конструкции при эндодонтическом лечении зуба, находящегося под протезом.

1.4 Я знаю, что вышеуказанные осложнения могут вызвать необходимость применения хирургических методов лечения, физиотерапии, назначения лекарственных препаратов и даже привести к удалению зуба.

1.5 Я знаю, что успешное завершение эндодонтического лечения не является гарантией того, что зуб в дальнейшем не подвергнется кариозному разрушению или перелому.

1.6 Я понимаю необходимость рентгенологического\* контроля во время лечения, а также необходимость обязательного восстановления зуба после эндодонтического лечения.

1.7 Я доверяю врачу-стоматологу \_\_\_\_\_ и согласен(сна) провести эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов) моего зуба.

2.1 Я, (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ согласен(сна) на восстановление врачом

твердых тканей зубов композиционным материалом:

ЗУБ	ДИАГНОЗ

2.2 Я доверяю подбор цвета композиционного материала врачу.

2.3 Я предупрежден(а) о возможности аллергической реакции на композиционный материал.

2.4 Я предупрежден(а) о возможности повышенной чувствительности зубов на температурные раздражители в течение недели после пломбирования.

2.5 Я предупрежден(а), что при глубоких кариозных полостях происходит изменение пульпы зуба и возможно развитие осложнения пульпита.

2.6 Я знаю, что употребление кофе, горячего чая и других продуктов, содержащих красители, в течение недели после пломбирования может привести к изменению цвета композиционного материала.

2.7 Я знаю, что значительные перепады температур (употребление кофе с мороженым) изменяют механические свойства композиционного материала и могут привести к сколам пломбы.

2.8 Я знаю, что для предупреждения скола пломбы из композиционного материала не следует надкусывать предметы, жесткость которых превышает резерв прочности пломбировочного материала (сухари, кости, скорлупа орехов, сахар-рафинад, леденцы и т.д.).

2.9 Я знаю, что зубной налет при неудовлетворительном уходе за полостью рта может привести к:

- ◆ изменению цвета композиционного материала;
- ◆ появлению пигментации по краю пломбы;
- ◆ рецидиву кариеса зубов;
- ◆ выпадению пломбы.

2.10 Я знаю, что аномалии прикуса ухудшают условия для фиксации композиционного материала в зубе.

3. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств.

4. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы.

5. Я согласен(сна) на применение анестезии и соответствующих анестетиков, за исключением: \_\_\_\_\_

(указать, какие именно исключаются, или без исключения)

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_