

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ

Мне, _____ доктором
_____ представлена

Вся интересующая меня информация и состоянии моего стоматологического здоровья и предлагаемом комплексном терапевтическом лечении зубов.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу состояния полости рта и понимаю, что при данной клинической ситуации мне необходимо комплексное терапевтическое лечение зубов. Я осознаю, что отказ от лечения неизбежно приведет к неблагоприятным последствиям для моей зубочелюстной системы, вплоть до потери зубов.

Я понимаю, что цель лечения – сохранение функциональной целостности зубов и сохранение их в зубном ряду.

Я информирован (а) что в комплексное терапевтическое лечение зубов входит:

1. Профессиональная гигиена.
2. лечение зубов.
3. профилактические мероприятия.

Я понимаю, что очень сложно поставить точный диагноз (глубокий кариес или пульпит) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству (снятие пломбы). Соответственно и окончательное решение по плану лечения врач сможет принять только после того, как проведет препарирование и удалит всю низменную ткань зуба.

Я информирован (а) о том, что в данной ситуации возможны следующие варианты лечения:

1. Лечение кариеса, некариозных лечения зубов.
2. Лечение корневых каналов.
3. Перелечивание ранее леченых.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженных зубов, отказ от лечения как такового.

Я информирован (а) возможных осложнениях вовремя лечения зубов:

1. После лечения кариеса возможны некоторые болевые реакции в области вылеченного зуба. В случае нарастающих и непреходящих болевых ощущений необходимо провести лечение корневых каналов. Обострение заболевания может возникнуть и в более отдаленные сроки, и это тоже приведет к лечению корневых каналов.
2. После лечения корневых каналов возможны некоторые болевые реакции в области вылеченного зуба в течении нескольких дней. Для быстрого снятия болевых ощущений возможен прием анальгетиков. Имеется определенный процент неудач (5-10%) лечения каналов, что поможет потребовать перелечивания корневых каналов в будущем.
3. Перелечивание ранее леченых и сильно разрушенных зубов – технологически сложная работа и некоторых случаях невозможная (перфорация, сломанный инструмент в корневом канале, непроходимые корневые каналы, обширное разрушение костной ткани). Процент успеха данного лечения значительно снижается. Может потребоваться применение антибиотиков, хирургическое вмешательство и даже удаление зуба.

Я информирован (а) о возможных аллергических реакциях, связанных с применением анестетиком приемом анальгетиков и антибиотиков.

Мне разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Я понимаю, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных лечебных и профилактических мероприятий, рекомендованных врачом, соблюдение графика посещения врача.

Мне сообщено, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследование (снимок, консультация врачей другой специализации).

Я получил (а) исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен (сна) с ним.

Я согласен (сна) с допустимостью коррекции врачом намеченного плана и технологий лечения зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

Дата «__» _____ 20__ г.

Примечание: При приеме детей до 18 лет документ обязательно подписывается родителем или сопровождающим лицом.