

Информированное добровольное согласие на лечение пульпита

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

Я, _____,
(Ф.И.О. представителя пациента)
выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента _____
(Ф.И.О. пациента)

Я, _____,
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 сосулисто-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:

- | | |
|---|--|
| ☐ К 04.0 Пульпит | ☐ К 04.09 Пульпит неуточненный |
| ☐ К 04.01 Острый пульпит | ☐ К 04.1 Некроз пульпы |
| ☐ К 04.02 Гнойный пульпит | ☐ К 04.2 Дегенерация пульпы |
| ☐ К 04.03 Хронический пульпит | ☐ К 04.3 Неправильное формирование |
| ☐ К 04.04 Хронический язвенный пульпит | твердых тканей в пульпе |
| ☐ К 04.05 Хронический гипертрофический
пульпит | |
| ☐ К 04.08 Другой уточненный пульпит | |

и, в связи с этим(и) заболеванием(и), о необходимости лечения зуба(ов)

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 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 «Ханбиков ДентЪ».

(подпись, дата)

[illegible]