**СПб ГБУЗ “ГСП № 2”**

199004, г. Санкт-Петербург, В.О., 8-я линия, д. 41, лит.А Тел./факс (812) 323-09-61

**Добровольное информированное согласие на проведение**

**повторного эндодонтического лечения**

“ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее добровольное соглашение  составлено в соответствии с ФЗ №323 от 21.11.11г (ред. от 25.06.2012г) «Об охране здоровья граждан Российской Федерации », Законом о защите прав потребителей, ФЗ №326 от 29.11.10г.          « Об обязательном медицинском страховании в РФ» и действующими законодательными актами.

Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ объяснил, что в области верхушки корня \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зуба сформировался очаг хронической инфекции в костной ткани челюсти.

Я понимаю, что в такой клинической ситуации мне показано удаление зуба.

Я информирован также о возможных зубосохраняющих методах лечения:

хирургическое (операция резекции верхушки корня, операция гемисекции, операция ампутации корня);

повторное эндодонтическое лечение (распломбировка корневых каналов, временная их пломбировка противовоспалительной пастой, пломбировка каналов постоянным материалом).

Я предупрежден о том, что результат зубосохраняющего лечения невозможно предсказать со 100% уверенностью, в связи с:

сложной анатомией строения системы каналов

невозможностью полной санации, а только лишь с уменьшением количества патогенной микрофлоры

возможностью обострения, сопровождающегося удалением зуба

ослаблением твердых тканей зуба при повторном эндодонтическом лечении и возможностью развития кариозного процесса тканей

Мне понятно, что поликлиникой  дается гарантия только на качество работ и использование сертифицированных материалов, и что гарантировать удачный результат моего лечения невозможно.

Я понимаю, что на любом этапе лечения может возникнуть необходимость удаления причинного зуба в связи с возможным развитием следующих осложнений:

обострение хронической инфекции (боль в зубе, отек окружающих тканей);

перфорация стенки корневого канала;

перелом инструмента в корневом канале;

отсутствие положительной динамики результатов лечения.

Я предупрежден о сроках зубосохраняющего лечения моего зуба. Доктор также объяснил мне необходимость обязательного восстановления коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения, в противном случае последнее может потерпеть неудачу (что может стать причиной потери зуба, либо потребовать перелечивания корневых каналов). Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по согласованному с врачом графику).

Я также понимаю, что в случае неудачного результата эндодонтического лечения возникнет необходимость удаления причинного зуба и, как следствие этого, изменение плана протезирования в соответствии с данной клинической ситуацией.

Я имел/а возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил/а на них исчерпывающие ответы.

Я внимательно ознакомился/лась с данным приложением и понимаю, что информированное согласие или информированный отказ от лечения  является неотъемлемой частью истории болезни. считаю, что достаточно проинформирован(а) и после достаточного времени на размышления доверяю врачу

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **согласен(сна)** на проведение повторного эндодонтического  лечения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зуба..

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **отказываюсь** от проведения повторного эндодонтического  лечения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зуба.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_         Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_