Приложение № 1

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. N 1051н

**Информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое**

**эндодонтическое вмешательство**

      Я, **{ФИОПациента}**, **{ДатаРожденияПациента}** г. рождения, зарегистрированный по адресу:**{АдресПациента}** даю информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое вмешательство при оказании мне медицинского стоматологического лечения в {НазваниеСтруктурнойЕдиницы} Медицинским работником {ВрачПриёма} в доступной для меня форме разъяснена необходимость проведения медицинского стоматологического лечения. Мне в доступной форме предоставлена полная информация о целях, методах оказания медицинской стоматологической помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

      Мне объяснена и понятна необходимость лечения корневых каналов. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; возникновение либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; возникновение или обострение соматических заболеваний.

      Альтернативным методом лечения является удаление пораженного зуба (зубов).

      Мне объяснено и понятно, что эндодонтическая терапия является биологическим вмешательством и не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

      Врач предоставил мне в доступной форме информацию о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время лечения, а именно:

      -имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать перелечивания корневых каналов;

      -во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов в корневом канале, либо перфорирование инструментом стенки корневого канала. Данные обстоятельства могут повлечь за собой потерю зуба;

      -при перелечивании корневых каналов процент успешного эндодонтического лечения значительно снижается по причинам: невозможности удаления старой корневой пломбы либо металлического штифта из корневого канала; сильной кальцификации корневых каналов, повышающей вероятность возникновения осложнений (перфораций, поломки инструментов). При лечении искривленных корневых каналов также возникает большая вероятность поломки инструмента, перфорации и перелома корня. Все эти клинические ситуации влияют на исходных результат эндодонтической терапии;

      -при лечении корневого канала зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом возможно ее необратимое повреждение или разрушение). Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению;

      -даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать 100% гарантии отсутствия в будущем кариозного поражения и разрушения зуба в будущем;

      Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения, в противном случае незавершенное лечение может стать причиной потери зуба, либо возникнет необходимость в перелечивании корневых каналов. Я понимаю необходимость осмотров и рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения в будущем.

      Я даю согласие на применение анестезии и осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии при приеме анальгетиков и антибактериальных препаратов.

      Я в полном объеме проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья, особенностях моего организма, о наличии у меня заболеваний, о всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время, о принимаемых мною лекарственных препаратах, противопоказаниях, о наблюдении и лечении у врачей других специальностей.

      Понимая сущность предложенного медицинского стоматологического и уникальность собственного организма, я согласен (а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

      Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г.  N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской

Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

{ФИОПациента}

                                                                                                                     (подпись)

{ВрачПриёма}

                                                                                                                     (подпись)

{ДатаДоговора}