

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ЕНДОДОНТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ

Я, _____,

проінформований(-а) лікарем про необхідність лікування кореневих каналів (ендодонтичного лікування) мені / моїй дитині

ПІБ дитини (за потреби) _____

Ендодонтичне лікування являє собою розкриття порожнини кореневої системи, її механічну та медикаментозну обробку для дезінфекції, а також пломбування кореневих каналів. Основною причиною виникнення запалення є наявність бактерій у системі кореневих каналів. Метою лікування є зниження концентрації бактерій та герметична obturaція каналів. Часто для лікування багатокорневих зубів потрібно декілька візитів.

Лікар доступно пояснив мені суть методу лікування й усі можливі ускладнення і наслідки, які можуть виникнути при цьому, а саме:

- відчуття дискомфорту під час і після лікування, яке триває від декількох годин до декількох днів, з приводу чого лікар може призначити лікарські препарати за показаннями;
- під час лікування кореневих каналів, особливо зі складною анатомією, можлива поломка інструментів, що може спричинити неможливість їх вилучення з кореневого каналу, або інструмент може перфорувати стінку кореня. Хоча це трапляється рідко, такі ускладнення можуть стати причиною невдачі ендодонтичного лікування та можуть призвести до втрати зуба або викликати необхідність застосування інших маніпуляцій, а саме: закриття отвору перфорації спеціальним матеріалом;
- якщо наявні ортодонтичні апарати, може статися пошкодження одного з елементів апарату;
- якщо виникає необхідність лікування кореневих каналів зуба, який має ортопедичні конструкції, то під час лікування можливі: незначне пошкодження ортопедичної конструкції; відлам частини ортопедичної конструкції, що не підлягає корекції та ремонту; необхідність виготовлення нової ортопедичної конструкції після ендодонтичного лікування; перелом зуба, що може призвести до його видалення (внаслідок складного зняття ортопедичної конструкції);
- непередбачувані алергічні реакції негайного типу після введення анестезії. Це залежить від індивідуальної резистентності організму.

При перелікуванні кореневих каналів відсоток успіху ендодонтичного лікування знижується, що пов'язано з:

- необхідністю вилучити старий пломбувальний матеріал або штифт із кореневого каналу;
- недостатньою прохідністю кореневих каналів, що підвищує ймовірність виникнення різних ускладнень (перфорацій, тріщин, поломок інструментів).

Усі зазначені умови можуть вплинути на кінцевий результат ендодонтичного лікування. Позитивний результат після ендодонтичного лікування у вигляді зникнення або зменшення запалення в ділянці верхівки кореня проявляється в період від 6 до 12 місяців.

Я розумію необхідність рентгенологічного обстеження для контролю якості лікування та не заперечую проти проведення діагностичних знімків у необхідній кількості під час лікування.

Я зобов'язуюся приходити на контрольні огляди в призначений час, погоджений з лікарем, для відстеження динаміки лікування.

Я поінформував(-ла) лікаря про всі випадки алергії та непереносимості медикаментозних препаратів у минулому і про ліки, які приймаю на даний час.

Я мав(-ла) можливість задати всі питання, що цікавлять мене, і одержав(-ла) вичерпні відповіді на них. Я уважно ознайомився(-лася) з даним документом і розумію, що він має юридичну силу і несе правові наслідки. Даний документ є невід'ємною частиною медичної карти пацієнта.

Своїм власним підписом я даю згоду на фото-, відеодокументацію зубів та обличчя для детальної діагностики, складання плану лікування та для використання у соціальних мережах клініки з метою інформаційного висвітлення важливості своєчасного лікування зубів.

Підпис пацієнта (опікуна)_____ Дата_____

Підпис пацієнта, старшого 14 років_____