**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ**

**Центр Стоматологии «Формула Улыбки»**

153000, Россия, Ивановская обл., Иваново, ул. Степанова, д.15

ИНН 3702746733, КПП 370201001, ОГРН 1143702030174

Лицензия № ЛО-37-01-001377 от 30.07.2019 года.

**Информированное добровольное согласие на эндодонтическое стоматологическое лечение**

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен(а) на проведение эндодонтического стоматологического лечения.

 Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

Методы диагностики для данного заболевания: электроодометрия, рентгенологическое исследование, осмотр, опрос жалоб.

 Перспективы и результаты медицинского вмешательства по данным медицинской литературы при имеющемся заболевании зависят при качественно оказанной помощи, от текущего и последующего состояния здоровья, от индивидуальных анатомо-физиологических особенностей, от соблюдения пациентом рекомендаций по сохранению результатов лечения, посещений проф. осмотров, от методов и результатов ранее проводимого лечения.

 Возможные осложнения, время их развития и исчезновения, методы и результаты их коррекции:

5-20% неудачного эндодонтического лечения обусловленного сложным анатомическим строением каналов, что может потребовать перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба. Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо перфорацию стенки корня и последующую потерю зуба. При перелечивании ранее леченных корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:

* с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;
* с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов).

 При лечении искривленных и разветвленных корневых каналов также существует более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Возможны осложнения, вызванные анестезией, приемом анальгетиков и антибиотиков, описанные в аннотации к данным препаратам. Болевые ощущения, отек и гематома мягких тканей могут возникнуть в первые 2-4 дня после лечения. Лечение осложнений, в зависимости от выраженности и состояния тяжести, может потребовать приема антибиотиков, обезболивающих, десенсибилизирующих препаратов, хирургического лечения (вплоть до удаления зуба).

 После эндодонтического лечения, возможно будет рекомендовано покрыть зуб коронкой или вкладкой/накладкой для предохранения зуба от поражения кариесом или перелома зуба.

 Влияние медицинского вмешательства на качество жизни: повышение вероятности сохранения зуба и увеличение срока его жизни. Альтернативным вариантом является удаление зуба. Отказ от лечения приведет к прогрессированию заболевания, развитию инфекционных осложнений, появлению или нарастанию болевых ощущений, образованию кисты, к потере зуба, а также к системным проявлениям заболевания.

 Мне известно, что при проведении стоматологического лечения возможны аллергические реакции и связанные с ними осложнения. В случае необходимости, я доверяю врачу расширить объем оказываемых услуг до необходимого для надлежащего оказания медицинских услуг или предотвращения вреда состоянию моего здоровья.

 Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода, включая информацию об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратов и медицинских изделиях.

 Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

 Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получения от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

 **Я принимаю решение о лечении** на предложенных мне условиях.

Подпись пациента.........................................................… /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись врача.................................................................. /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.