

**МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР  
ТОВ «МЕРЕЖА ЕСТЕТИЧНИХ КЛІНІК  
«АКУЛА»»**

Медична карта №

## **Інформована згода на проведення ендодонтичного лікування**

Я, \_\_\_\_\_

цим підтверджую факт надання усвідомленої згоди на проведення **ендодонтичного лікування (лікування кореневих каналів)**.

Діагноз (заповнюється лікарем): \_\_\_\_\_

Лікування буде проводити **лікар-стоматолог** \_\_\_\_\_

У мене немає недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації та намірів лікаря, який буде проводити втручання.

Своїм підписом я підтверджую, що до початку лікування мені у повністю зрозумілому та доступному вигляді була надана інформація стосовно стану мого здоров'я, поставленого діагнозу, можливого прогнозу, найбільш ефективних для мене методів лікування, а також ризиків і ускладнень запланованих медичних втручань.

Я повністю зрозумів (ла) мету та характер медичних втручань, їх лікувальний ефект. Я мав (ла) можливість поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні, зрозумілі для мене відповіді.

**Лікар пояснив мені суть лікування та повідомив про наступне:**

1. Лікування кореневих каналів - це серйозне стоматологічне втручання, що дозволяє зберегти зуб. Воно полягає у видаленні інфікованих тканин з каналу, механічній, медикаментозній, ультразвуковій обробці каналів і пломбуванні каналу лікувальним (тимчасовим) або постійним матеріалом.
2. Незважаючи на те, що лікування каналів має дуже високий відсоток клінічного успіху, воно також є втручанням в унікальну біологічну систему організму людини, в якому всі процеси протікають індивідуально, та, як будь-яке медичне втручання, не може мати стовідсоткової гарантії на успіх, навіть при ідеальному виконанні всіх етапів.
3. Наслідками відмови від лікування можуть бути:
  - прогресування захворювання;
  - розвиток інфекційних ускладнень;
  - поява або наростання болючих відчуттів;
  - утворення кісти;
  - втрата зуба
  - системні прояви захворювання.
4. Альтернативними методами лікування є:
  - видалення ураженого зуба (зубів);
  - відсутність лікування взагалі.
5. Після проведеного лікування кореневих каналів можуть виникнути наступні ускладнення:
  - відчуття дискомфорту, що може продовжуватись від кількох днів до декількох тижнів, з приводу чого лікар може призначити відповідне медикаментозне лікування, якщо буде вважати за потрібне;
  - набряк ясен на ділянці пролікованого зуба або обличчя після лікування, який може зберігатися протягом кількох днів або більше і потребувати додатково хірургічного втручання;
  - передчасна втрата зуба внаслідок прогресуючого захворювання пародонту;
  - можливе потрапляння пломбувального матеріалу за верхівковий отвір кореня зуба, в періапикальні тканини, порожнини і канали;
  - перфорація стінки кореня під час повторного ендодонтичного лікування, яка може бути закрыта спеціальним матеріалом під час проведення процедур;

- як виключення - під час лікування кореневих каналів, особливо скривлених, можлива поломка інструментів, що може викликати неможливість їх видалення з кореневого каналу, або інструмент може перфоровати стінку кореня. Хоча це відбувається рідко, проте такі ускладнення можуть стати причиною невдачі ендодонтичного лікування та можуть викликати втрату зуба або необхідність застосування інших маніпуляцій;
- якщо виникає необхідність лікування кореневих каналів зуба, покритого одиночною коронкою, або незнімного протеза, що є опорою, то при забезпеченні доступу до кореневих каналів даного зуба і його ізоляції кофердамом може відбутися ушкодження ортопедичної конструкції або може виникнути необхідність зняття всієї ортопедичної конструкції (при цьому також можливо її незворотне ушкодження). Також при спробі зняти ортопедичну конструкцію може відбутися перелом самого зуба, що може привести до його видалення;
- навіть при успішному завершенні ендодонтичного лікування не можна дати гарантію, що цей зуб не піддається каріозному руйнуванню й перелому в майбутньому.

**Зі мною узгоджені:**

1. Індивідуальний рекомендований план лікування та підготовка до нього. Мене також повідомлено про можливість уточнення діагнозу та плану лікування в процесі лікування.
2. Методи та способи запропонованого лікування.
3. Вартість окремих етапів та лікування в цілому. Я розумію, що під час та після лікування стан здоров'я може змінюватися, тому, за розсудом лікаря, для досягнення сприятливого результату може бути призначена додаткова чи альтернативна терапія. Про зміни вартості лікування лікар повідомить мене додатково.
4. Строки проведення лікування. Мене також попереджено, що строки лікування можуть бути продовжені у випадку нерегулярного відвідування, невиконання рекомендацій лікаря або через біологічні особливості стану тканин ротової порожнини.

**Я повністю усвідомлюю та погоджуюсь з наступним:**

1. Мені не можуть бути надані стовідсоткові гарантії щодо успішності результатів лікування, однак мені гарантоване проведення лікування фахівцем відповідної кваліфікації, застосуванням їм якісних матеріалів і інструментів з дотриманням відповідних методик і правил санітарно-епідеміологічного режиму.
2. Після проведеного ендодонтичного лікування коронка зуба ослаблена. Для запобігання утворенню сколів, тріщин, перелому зуба, що за абсолютними медичними показами потребують видалення, рекомендується відновлення зуба постійною пломбою або вкладкою протягом 2-х тижнів після ендодонтичного лікування та/або покриття зуба постійної ортопедичною конструкцією (коронкою) в строк не більше 1 місяця після постійного пломбування кореневих каналів. Це дозволить герметично закрити доступ до кореневих каналів, запобігти їх повторному інфікуванню, зміцнити ослаблені стінки зуба, повністю відновити форму зуба і функцію жування в цілому.
3. При виявленні неякісного попереднього лікування кореневих каналів, з метою збереження зуба та попередження можливих ускладнень, проводиться розпломбування та перелікування кореневих каналів. У разі повторного лікування кореневих каналів відсоток успішності ендодонтичного лікування значно знижується (до 84%). Проходження попередньо запломбованих кореневих каналів вимагає особливої майстерності лікаря, використання спеціального інструментарію та матеріалів, додаткових затрат часу.
4. Умовою ефективного лікування є виконання плану індивідуальних профілактичних заходів, що рекомендовані лікарем. Я погоджуюся виконувати всі рекомендації лікаря, у т.ч. щодо режиму та обмежень у харчуванні, догляду за зубами, а також приходити на контрольні профілактичні та рентгенологічні огляди за графіком, узгодженим з лікарем.
5. Я погоджуюся на тип анестезії за вибором лікаря. Я проінформований (на) про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків. Я надав (ла) лікарю всі необхідні результати лабораторних аналізів, функціональних досліджень та повідомив (ла) точні дані про фізичне та психічне здоров'я, в т.ч. про всі алергічні реакції на медичні препарати (матеріали), їжу, пил, укуси комах, анестетики, що мали місце, а також про хвороби крові, кровотечі, специфічні реакції ясен, шкіри тощо.
6. У випадку виникнення непередбачуваних ситуацій чи ускладнень під час медичних втручань я заздалегідь даю згоду на застосування всіх необхідних можливих заходів з їх усунення.
7. Я маю право відмовитися від запропонованого лікування на будь-якому етапі його здійснення. Мені роз'яснені всі можливі наслідки такої відмови при наявному захворюванні і його можливе прогресування при незавершеному лікуванні. Я усвідомлюю, що у випадку відмови від завершення лікування в Центрі лікар не несе відповідальності за подальші результати лікування.

Я даю згоду на фотографування та/або відеозйомку обличчя та ротової порожнини до, під час та після лікування. Я розумію, що це необхідно для здійснення діагностично-лікувального процесу та контролю перебігу захворювання. Ці матеріали та медична карта є власністю Центру та можуть бути опубліковані в медичній літературі або продемонстровані для медичного навчання без ідентифікації моєї особистості.

Я даю згоду на обробку та внесення до локальної інформаційної системи Центру моїх персональних даних, у т.ч. щодо стану здоров'я, діагнозів, призначеного лікування, його перебігу.

Текст цього документу мною прочитано та своїм підписом я повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено. Я розумію, що ця згода є юридичним документом і тягне для мене правові наслідки.