**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на перелечивание корневых каналов**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я, в соответствии со статьей 20 Федерального закона «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» от 20.11.2011 г. №323 -ФЗ, даю добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Минздрава РФ от 23.04.2012г. №390н, с целью перелечивания корневых каналов. Ранее лечен по поводу осложненного кариеса (резорцин-формалиновый метод, пломбировка каналов фосфат-цементом, иная культевая вкладка, металлический анкерный внутриканальный штифт, полное разрушение коронковой части зуба

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(нужное вписать)

На рентгеновском снимке обнаружены следующие осложнения: гранулема, радикулярная киста, фрактура корня, расширение периодонтальной щели, воспалительные изменения костной ткани в области бифуркации, недопломбировка канала, инородное тело в канале, патологический зубо-десневой карман, перфорация корня

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(нужное вписать)

Я предупреждён(а) о возможности осложнений и рисков при перелечивании зуба/зубов и/или использовании под опору несъёмных мостовидных конструкций, искусственных коронок (острый воспалительный процесс, обострение хронического воспалительного процесса), перелом корня, атрофия костной ткани в области опорных зубов, образование патологического зубо-десневого кармана, паро дентальный абсцесс, появление или увеличение подвижности зубов, образование свищевого хода, удаление зуба, рецессия десны, новообразования и другие осложнения и риски, которые невозможно предусмотреть заранее).

Я понимаю, что даже при положительной динамике лечения и при положительной рентгенологической картине в дальнейшем возможны осложнения после лечения.

В качестве альтернативы предложены следующие планы лечения:

**- имплантация после удаления зубов**

**- протезирование съёмными протезами после удаления зубов**

**- протезирование несъемной ортопедической конструкцией**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(нужное вписать)

От альтернативного плана лечения отказываюсь:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о комплексе лечебно-диагностических мероприятий с целью получения наиболее благоприятного результата.

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах медицинского вмешательства, о его возможных последствиях.

Я проинформировал врача об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности.

Я имел (а) все возможности задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них исчерпывающие ответы.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_