

Информированное согласие на лечение глубокого кариеса

от " ____ " _____ 20 ____ г.

Мне, _____, врачом _____

предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом лечении глубокого кариеса,

Я понимаю, что в данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз (глубокий кариес или хронический пульпит) и спланировать соответствующее лечение. Окончательное решение по плану лечения врач может принять только после удаления размягченных тканей из кариозной полости. При этом возможно несколько вариантов дальнейшего лечения:

1. наложение лечебной прокладки с последующим восстановлением зуба;
2. эндодонтическое лечение корневых каналов с последующим пломбированием и восстановлением зуба в 2-6 посещениях.

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того какой вариант лечения будет возможен.

Я осведомлен (а) о последствиях отказа от лечения, об альтернативных методах лечения и о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после лечения:

1. при лечении с сохранением пульпы возможно появление болевых ощущений, при этом врач вынужден будет провести эндодонтическое лечение;
2. появление болей может возникнуть и в более отдаленный период. И это тоже приведет к эндодонтическому лечению;
3. при игнорировании жалоб и нарушении графика контрольных осмотров с рентгенологическим исследованием в последующем может обнаружиться некроз пульпы с возникновением воспаления околокорневых тканей — периодонтит.

Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. Я подтверждаю согласие на проведение мне лечения глубокого кариеса.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

Образец