Информированное добровольное согласие

на лечение заболевания пародонта

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со *ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"*, сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, **,** проинформирован(а) о поставленном диагнозе

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта и пародонтологического лечения, согласно Предварительного плана лечения.

Пародонтологическое лечение имеет своей целью устранение очагов инфекции в полости рта с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма. В ходе лечения могут быть использованы:

* консервативные методы (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, за­крытыйкюретаж зубодесневых карманов),
* хирургические методы (открытыйкюретаж зубодесневых карманов - лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны),
* ортодонтические и ортопедические методы (шинирование, протезирование).

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфек­ционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов), а также системные проявления заболевания.

Альтернативой данного лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов), отказ от лечения как та­кового.

Я информирован(а) обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время лечения и при проведении хирургической операции на пародонте, в т.ч.:

* возможности болевых ощущений в течение послеоперационного периода;
* возможности сохранения припухлости мягких тканей;
* возможности расхождения швов в послеоперационном периоде;
* повышения температуры тела и наличие симптомов интоксикации;
* ограничения открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
* обнажения шеек зубов и изменение рельефа десневого края;
* увеличение подвижности зубов;
* повышение чувствительности зубов.
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Хотя пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопро­центной гарантии на успех.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и преду­сматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длитель­ность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и ин­дивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболива­ния и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на ме­дикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение рас­твора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего вос­паления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести каче­ственное лечение, исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован(а) о противопока­заниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при про­ведении рентгенологического обследования.

Я информирован о необходимости в течение 24 часов после операции соблюдать полный покой: не рабо­тать и не управлять автомобилем, не жевать и не разговаривать.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом со­ответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением со­ответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а так же альтернативы предложенному лечению.

Я осознаю ответственность за сохранение своего здоровья и обязуюсь соблюдать правила личной гигие­ны полости рта и соблюдать все рекомендации врача, а также согласен(а) 2 раза в год являться на профи­лактические осмотры и для проведения профессиональной гигиены.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке, действующем на пародонтологическое лечение и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Мне сообщены, разъяснены и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут ис­пользоваться в процессе лечения и сроки проведения лечения.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие от­веты на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также пре­доставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных стоматологических услуг. Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / /

(подпись пациента) (ФИО полностью)

Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись врача) (ФИО)

Дата «\_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г