

Информированное добровольное согласие на проведение пародонтологического лечения

город Москва

«_____» _____ 20__ г.

Я, _____,
(ФИО лица, которое подписывает согласие)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим подтверждаю свое согласие на проведение

(ФИО пациента – указывается в случае, если согласие подписывается законным представителем пациента)

пародонтологического лечения в ООО «АДЕНТЕ» (ОГРН 1217700162118).

1. Целью медицинского вмешательства является:

- купирование воспалительных процессов в пародонте,
- устранение очагов инфекции в полости рта с целью продления срока службы зубов,
- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса,
- сохранение и восстановление функции зубочелюстной системы,
- предупреждение развития общих и местных осложнений,
- предупреждение негативного влияния на общее здоровье и качество жизни пациентов.

2. Характер, способ и этапы медицинского вмешательства

Врачом мне было разъяснено, что в ходе лечения могут быть использованы следующие методы лечения:

– консервативный метод: полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений (в том числе с применением ультразвукового скалера), закрытый кюретаж зубодесневых карманов (процедура очистки десневых или пародонтальных карманов, выполняемая без нарушения целостности десны), промывание десневых карманов с помощью антисептического раствора.

При лечении хронического гипертрофического гингивита, несовершеннолетним пациентам проводится склерозирующая терапия (введение препаратов, вызывающих асептическое воспаление, вглубь десны, по направлению от вершины к основанию сосочка),

– хирургический метод: открытый кюретаж зубодесневых карманов, т.е. лоскутная операция (участок десны разрезается и отслаивается, проводится более глубокая очистка десневых или пародонтальных карманов), наращивание костной ткани, пластика десны. При остром пародонтите проводится удаление зубов, не имеющих функциональной ценности.

Несовершеннолетним пациентам при наличии показаний, проводится гингивэктомия (иссечение гипертрофированной десны из околокоронковой зоны зубов),

– ортодонтический и ортопедический методы: шинирование (ограничение подвижности зубов путем их скрепления друг с другом), протезирование зубов.

3. Наличие и виды альтернативного медицинского вмешательства

Я информирован(а), что альтернативные виды лечения отсутствуют.

Рекомендованным видом лечения является: пародонтологическое лечение.

Также мне известно о возможности моего отказа от проведения лечения. При этом, обдумав альтернативные виды лечения и возможность отказа от медицинского вмешательства, я даю согласие на проведение рекомендованного мне лечения методом: _____.

4. Противопоказания

Я информирован(а) о наличии следующих противопоказаний к медицинскому вмешательству:

Абсолютные противопоказания: патологии сердца, кардиостимулятор в груди, астма, эпилепсия, хронический бронхит, нарушения свертываемости крови, онкологические заболевания, туберкулез, ВИЧ, гепатит, наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых для лечения.

Относительные противопоказания: острые инфекционные заболевания, беременность, заболевание глаз (катаракта), сопутствующие заболевания, отягощающие лечение, угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения), развившиеся менее чем за 6 месяцев до момента обращения за данной стоматологической помощью и другие тяжелые общесоматические состояния, прием иммунодепрессивных или кортикостероидных препаратов, инфекционные и вирусные заболевания; воспаление слизистой оболочки ротовой полости; сахарный диабет в период обострения; новообразования различной этиологии.

5. Возможные осложнения и риски медицинского вмешательства

Характер возможных осложнений: появление повышенной чувствительности зубов, в том числе усиление чувствительности зубов на дефектах пломб и незащищенных участках дентина – обнаженных

корнях, трещинах зубов, кариозных полостях, требующих применения дополнительных клинических методов снижения чувствительности, разрушение эмали зубов, возникновение болезненных ощущений в области десневого края, покраснение, жжение десен, развитие кровоточивости десен, вероятность выпадения пломб с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов, появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции), рецидив пародонтита, его прогрессирование.

Я информирован(а) и понимаю, что в случае возникновения осложнений мне необходимо обратиться к лечащему врачу для осмотра.

6. Результаты медицинского вмешательства

Ожидаемыми результатами для здоровья пациента являются: отсутствие признаков воспаления, отсутствие прогрессирования заболевания, снижение патологической подвижности зубов.

Врачом мне также было разъяснено:

- о нормальной реакции организма: появление повышенной чувствительности зубов, в том числе усиление чувствительности зубов на дефектах пломб и незащищенных участках дентина – обнаженных корнях, трещинах зубов, кариозных полостях, требующих применения дополнительных клинических методов снижения чувствительности, возникновение болезненных ощущений в области десневого края, покраснение, жжение десен, развитие кровоточивости десен.

- об особенностях ухода после медицинского вмешательства: гигиена два раз в день в домашних условиях с помощью средств индивидуальной гигиены, профилактический осмотр у лечащего врача (контрольный осмотр необходимо проводить через 3 месяца после лечения, профессиональную гигиену через 6 месяцев, далее каждые полгода проводить контрольный и профилактический осмотры); после еды полоскать рот для удаления остатков пищи; при хроническом пародонтите рекомендовано ежедневное использование ополаскивателей с эфирными маслами для полости рта в период ремиссии заболевания пародонта.

- о запретах и ограничениях после медицинского вмешательства: в течение 3 дней исключить физические нагрузки и пребывание в местах с высокой температурой (бани, сауны, горячий душ); после проведения шинирования не откусывать жесткую пищу во избежание повреждения шины.

Я предупрежден(а) о необходимости полного и точного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Я информирован(а), что медицинское вмешательство не может гарантировать 100% достижения результата, в том числе из-за:

- индивидуальных особенностей организма,
- в случае неинформирования врача о наличии указанных в разделе 4 противопоказаний,
- невыполнения мной рекомендаций врача и не следования плану лечения.

Я ознакомлен(а) с настоящим информированным добровольным согласием, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, в полном объеме. Я подтверждаю, что располагал(а) достаточным временем, чтобы задать все интересующие меня вопросы, а также для того, чтобы принять решение о согласии на медицинское вмешательство.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, которому доверяю информацию, контактный телефон)

Подпись Пациента _____ (_____) « ____ » 202 ____ г.

В случае недостижения на момент подписания настоящего согласия пациентом 15-летнего возраста или в отношении пациента, признанного в установленном законом порядке недееспособным, оно подписывается его законным представителем:

Статус законного представителя (мать, отец, опекун, попечитель) _____

_____ (_____) « ____ » 202 ____ г.
(подпись) (ФИО)

Подпись Врача _____ (_____) « ____ » 202 ____ г.
(подпись) (должность и ФИО)