

Информированное добровольное согласие на проведение гингивопластики

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 согласие на проведение

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

процедуры гингивопластики в ООО «АДЕНТЕ» (ОГРН 1217700162118).

1. Целью проведения медицинского вмешательства является:

- восстановление анатомической формы и контура десны,
- устранение деформаций десневого края,
- создание зубодесневого прикрепления,
- улучшение эстетики и функции зубочелюстной системы,
- облегчение гигиенического ухода за полостью рта,
- предупреждение прогрессирования пародонтальных заболеваний.

2. Характер, способ и этапы проведения медицинского вмешательства

Врачом мне было разъяснено, что медицинское вмешательство включает в себя следующие этапы:

- проведение анестезии (обезболивание); наркоз (по показаниям);
- выполнение разреза скальпелем или ножом для гингивопластики (допускается использование лазера) в пределах гипертрофированной или измененной десны;
- иссечение гипертрофированной десны и удаление иссеченного фрагмента для создания физиологичного контура;
- если корень зуба оголен (рецессия десны), дополнительно выполняется:
 - формирование латерального лоскута на питающей ножке (обратный косой разрез, иссечение эпителия) либо подготовка воспринимающего ложа для свободного трансплантата;
 - забор свободного десневого или подслизистого соединительнотканного трансплантата с твердого неба (при необходимости);
 - очищение и полирование поверхности корня зуба;
 - перемещение латерального лоскута или укладка свободного трансплантата на подготовленное ложе и фиксация атравматическим шовным материалом;
- наложение защитной пародонтальной повязки сроком на 5–14 дней (в зависимости от методики).

3. Наличие и виды альтернативного медицинского вмешательства

Я информирован(а), что альтернативным видом медицинского вмешательства является: медикаментозная терапия (применение антисептических и противовоспалительных средств), гингивэктомия (хирургическое вмешательство, при котором удаляются избыточные или патологически измененные ткани десны).

Мне понятно, что выбор метода лечения определяется врачом исходя из клинической ситуации и степени тяжести заболевания.

Также мне известно о возможности моего отказа от проведения медицинского вмешательства. При этом, обдумав альтернативный вид медицинского вмешательства и возможность отказа от медицинского вмешательства, я даю согласие на проведение мне процедуры гингивопластики.

4. Противопоказания

Я информирован(а) о наличии следующих противопоказаний к медицинскому вмешательству: психоневрологические заболевания (эпилепсия, психозы, шизофрения); онкологические заболевания; нарушения свертываемости крови; ВИЧ-инфекции; острые инфекционные и воспалительные заболевания; обострение хронических заболеваний; сахарный диабет; заболевания сердечно-сосудистой системы, печени и почек в стадии декомпенсации; беременность; системный остеопороз в активной фазе (прогрессирующее системное заболевание скелета, при котором происходит снижение плотности костной ткани по всему скелету); активная форма туберкулеза; неудовлетворительная гигиена полости рта; патология прикуса, не подлежащая коррекции; наличие травматической окклюзии; деструкция костной ткани более чем на 2/3–3/4 длины корня при подвижности зубов III–IV степени; фиброзно измененная или истонченная десна.

5. Возможные осложнения и риски медицинского вмешательства

Характер возможных осложнений: аллергические реакции на анестезию (обезболивание), кровотечение, гематома (скопление крови в тканях), неполное приживление трансплантата (при использовании свободного лоскута), нагноение раны, рецессия десны (патологическое состояние, при котором края десны постепенно отходят в сторону корня зуба, обнажается шейка, а в более тяжелых случаях и корневая часть зуба), гиперестезия (повышенная чувствительность зубов), рубцовые изменения, рецидив деформации десны, распространение инфекции.

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

6. Результаты медицинского вмешательства

Ожидаемым результатом для здоровья пациента является: восстановление анатомической формы и контура десны, устранение деформаций десневого края, создание зубодесневого прикрепления, улучшение эстетики и функции зубочелюстной системы, облегчение гигиенического ухода за полостью рта, предупреждение прогрессирования пародонтальных заболеваний.

Врачом мне также было разъяснено:

- о нормальной реакции организма: в первые дни после хирургического вмешательства возможно ощущение дискомфорта в месте вмешательства, болевые ощущения, отек, кровоточивость десны.
- об особенностях ухода после медицинского вмешательства: соблюдать назначенную лечащим врачом антибактериальную терапию, гигиенический уход за полостью рта, при необходимости – являться к лечащему врачу на перевязки и осмотры. В течение недели ограничить чистку зубов щеткой в области наложения пародонтальной повязки. Если пародонтальная повязка не используется, рекомендуется щадящая чистка зубов мягкой зубной щеткой в области проведения хирургической процедуры.
- о запретах и ограничениях после медицинского вмешательства: не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов после операции, необходимо соблюдать щадящий пищевой режим (исключив жевание на прооперированной стороне, избегать приема грубой, горячей пищи), ограничить курение сигарет и употребление алкоголя (в течение 10-14 дней после проведения операции), в течение 14 дней исключить физические нагрузки и не перегревать организм.
- о возможных реакциях организма в случае невыполнения рекомендаций: увеличение отека, болевых ощущений; расхождение краев раны; повышение температуры, инфекционные и воспалительные осложнения.

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.

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 _____ (_____) « » _____ 20__ 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) _____

_____ (_____) « » _____ 20__ г.
(подпись) (ФИО)

Подпись Врача _____ (_____) « » _____ 20__ г.
(подпись) (должность и ФИО)