

Информированное добровольное согласие на проведение лечения перикоронита

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

1. Целью проведения медицинского вмешательства является:

- купирование воспалительного процесса в мягких тканях, окружающих коронку зуба,
- устранение болевого синдрома и отека,
- создание условий для нормального прорезывания зуба или, при невозможности, его удаление,
- предупреждение распространения инфекции на окружающие ткани,
- предупреждение рецидивов заболевания.

2. Характер, способ и этапы проведения медицинского вмешательства

Врачом мне было разъяснено, что медицинское вмешательство включает в себя следующие этапы (выбор метода лечения зависит от формы перикоронита и клинической ситуации):

- проведение анестезии (обезболивание); наркоз (по показаниям);
- консервативное лечение (при остром катаральном перикороните) – обработка пространства под «капюшоном» (нависающий участок слизистой оболочки, частично прикрывающий коронку зуба) антисептическими растворами из шприца с затупленной иглой, наложение антисептических, болеутоляющих и кровоостанавливающих повязок, приподнимание и ретротранспозиция «капюшона» кзади полоской марли, смоченной йодоформной жидкостью;
- хирургическое лечение проводится одним из следующих методов:
 - перикоронаротомия – рассечение «капюшона» (при гнойной форме острого перикоронита) линейным разрезом до зуба, разведение краев раны, промывание антисептиками, введение йодоформной турунды (марлевая полоска, пропитанная йодоформом);
 - перикоронарэктомия – полное иссечение «капюшона» (после стихания острых явлений, при наличии места для зуба) с использованием скальпеля, изогнутых ножниц, конхотома (хирургический инструмент), лазерного скальпеля или криодеструкции (метод удаления патологических тканей или образований под действием низкой температуры, которая вызывает деструкцию клеток);
 - удаление зуба (нижнего третьего моляра) - при недостатке места в альвеолярной части челюсти, дистопированном (аномалия развития, при которой зуб прорезывается вне физиологически правильного положения, смещается, наклоняется или занимает нетипичное расположение в зубном ряду) положении зуба, деструкции костной ткани у шейки и по ходу корня, рецидивах воспаления, отсутствии антагониста (это ситуация, когда у зуба отсутствует контакт с зубом на противоположной челюсти при смыкании челюстей).

Дополнительно к хирургическому лечению назначается прием внутрь противовоспалительных и антигистаминных средств.

Дополнительно к консервативному или хирургическому лечению может назначаться физиотерапевтическое лечение - тепловые процедуры (ванночки, полоскания, ингаляции), УВЧ,

микроволновая терапия (5–7 процедур), излучение гелий-неонового или инфракрасного лазера (5–7 сеансов); при отечности околожелюстных мягких тканей и лимфадените – светолечение инфракрасной лампой, лазерное воздействие, наружные мазевые повязки.

3. Наличие и виды альтернативного медицинского вмешательства

Я информирован(а), что альтернативным видом медицинского вмешательства является: физиотерапевтическое лечение (по показаниям).

Мне понятно, что выбор метода лечения определяется врачом исходя из формы заболевания (катаральная, гнойная, хроническая), степени ограничения открывания рта, наличия дистопии зуба (аномальное положение зуба в зубном ряду, при котором он прорезывается не на своем месте или занимает неправильное положение относительно других зубов), места в зубном ряду и сопутствующей патологии.

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 лечения перикоронита.

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), наркоз; кровотечение; гематома (скопление крови в тканях); нагноение раны; расхождение швов; рецидив перикоронита (при неполном иссечении капюшона или сохранении зуба с недостатком места); распространение инфекции (абсцесс (скопление гнойного содержимого), флегмона (острое гнойное воспаление), периостит (воспаление надкостницы), остеомиелит челюсти (гнойно-некротическое инфекционное воспаление костной ткани челюстей)); сепсис (заражением крови); воспалительная контрактура жевательных мышц (ограничение открывания рта); невралгия нижнего альвеолярного нерва (поражение нерва, который иннервирует десны, зубы нижней челюсти, щеку, слизистую оболочку полости рта, кожу подбородка, поднижнечелюстную и подъязычную слюнные железы, а также жевательные мышцы).

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 купирование воспалительного процесса в мягких тканях, окружающих коронку зуба, уменьшение болевого синдрома и отека. При сохранении зуба – его нормальное прорезывание или стабильное состояние без воспаления, при удалении зуба – ликвидация хронического очага инфекции.

Врачом мне также было разъяснено:

- о нормальной реакции организма: в первую неделю после вмешательства возможно ощущение дискомфорта в месте вмешательства, болевые ощущения, отек, ограничение открывания рта (после хирургического вмешательства).
- 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 повязки. Если 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; повышение температуры; инфекционные и воспалительные осложнения; нагноение раны, расхождение швов.

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)