

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
«Лечение периодонтита»**

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

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента либо законного представителя пациента – полностью, год рождения)

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____
являюсь законным представителем _____ Ф.И.О. несовершеннолетнего пациента _____
_____, дата рождения Пациента: _____

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологическую клинику ООО «Зубная формула», предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, всех необходимых диагностических исследований и мероприятий, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины состояния полости рта и назначения плана лечения периодонтита.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

Мне разъяснено, что периодонтит – это воспаление периодонта, то есть тканей, окружающих зуб, а также даны разъяснения о конкретной разновидности диагностированного заболевания у пациента:

Я также предупрежден/а/ о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение следующих осложнений заболевания: остеомиелит челюсти, гнойное воспаление лица и шеи, острый сепсис.

Мне разъяснено и понятно, что такое медицинское вмешательство, как лечение периодонтита проводится в несколько этапов. Сначала для устранения воспаления хирургически удаляется жидкость (гнойная или серозная), образовавшаяся в месте воспаления, что может занять несколько дней при необходимости полоскания гипертоническими растворами. Далее лечение будет складываться из следующих этапов: механическая подготовка (расширение, очистка), антисептическая обработка (дезинфекция) и пломбирование каналов – сначала временное (зачастую неоднократно), а потом и постоянное. При этом выведение пломбировочного материала за верхушку зуба может быть необходимым и являться методом лечения. В зависимости от степени разрушения зуба далее производится реставрация или протезирование.

Я также информирован/а/ о том, что с учетом тяжести заболевания пациента может быть проведено хирургическое вмешательство, которое заключается в удалении воспаленной верхушки корня зуба. Такая операция позволяет спасти весь зуб при периодонтите и избежать его удаления.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения вообще.

Я информирован/а/, что эндодонтическая терапия по лечению периодонтита не имеет высокого процента клинического успеха (не более 50%) в связи с наличием серозного или гнойного содержимого в каналах зуба или периапикальных тканях, и **я предупрежден/а/ о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:**

- Вследствие сильной кальцификации корневых каналов, а также при лечении искривленных корневых каналов возможно: перелом эндодонтического инструмента в корневом канале, перфорация стенки корневого канала или стенки зуба, неполное пломбирование корневого канала.
- Также возможно: вывод пломбировочного материала за верхушку корня зуба, необнаруженный и, соответственно, незапломбированный дополнительный корневой канал, аллергические реакции, рецидив воспалительного процесса в периапикальных тканях зуба, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Я понимаю и принимаю то, что положительный результат при лечении периодонтита не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 3-4 дня, а при «накусывании» вплоть до двух-трех недель.

Я предупрежден/а о том, что, ввиду специфики медицинской деятельности, невозможно предоставить гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении лечения.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после лечения периодонтита являются болевые ощущения в области пролеченного зуба и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов необходимо обратиться в клинику для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии для обезболивания медицинских манипуляций на заболевшем зубе. 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 осведомлен/а о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

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.

Мне разъяснена необходимость, как во время лечения, так и после его окончания приходить на назначенные врачом контрольные осмотры и профилактические мероприятия, соблюдать гигиену полости рта.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь 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.

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

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я имел/а возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил/а удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Беседу провел врач _____ / _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент согласился на медицинское вмешательство _____ (подпись)

Пациент отказался от медицинского вмешательства _____ (подпись)