ОРДОВСКИЙ И КОЛЛЕГИ
центр стоматологии

Информированное добровольное согласие пациента на проведение амбулаторного стоматологического вмешательства **ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Приложение к Договору № _____ от _____ 20__ г.

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем 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, число, месяц, год рождения)

настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания:

K05.0 Острый гингивит_____ ☐
K05.4 Пародонтоз_____ ☐
K05.1 Хронический гингивит_____ ☐
K05.5 Другие болезни пародонта_____ ☐
K05.2 Острый перикоронит_____ ☐
K05.6 Болезнь пародонта неуточненная_____ ☐
K05.3 Хронический пародонтит_____ ☐
K03.6 Отложения, наросты на зубах _____ ☐

Я информирован(а) лечащим врачом о необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта и пародонтологического лечения, которое имеет своей целью устранение очагов инфекции в полости рта с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирование заболевания, возникновение новых пародонтологических заболеваний, кариеса зубов, пульпита и периодонтита, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба(ов), системные проявления заболевания. Так же возможно прогрессирование зубо-альвеолярных деформаций, снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функций речи, развитие заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и желудочно-кишечного тракта.

Я был(а) информирован(а) о том, что в ходе лечения могут быть использованы следующие методы лечения.

Консервативные методы:

- снятие зубных отложений ручными инструментами и ультразвуковыми скалерами,
- полировка зубов щеточками и с помощью воздушно-абразивной методики,
- медикаментозная обработка и закрытый кюретаж пародонтальных карманов.

Эти процедуры выполняются с помощью различных инструментов и аппаратов, таких как ультразвуковой скалер, аппараты “Piezon-Master”, “Vector”, “AirFlow”

Хирургические методы лечения:

- открытый кюретаж пародонтальных карманов,
- лоскутная операция (участок десны разрезается и отслаивается, проводится более глубокая очистка пародонтальных карманов),
- наращивание костной ткани, пластика десны.

На данные виды медицинского вмешательства мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия.

Ортодонтические и ортопедические методы:

ОРДОВСКИЙ И КОЛЛЕГИ
центр стоматологии

Информированное добровольное согласие пациента
на проведение амбулаторного
стоматологического вмешательства
ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- шинирование (ограничение подвижности зубов путем их скрепления друг с другом),
- протезирование зубов.

На данные виды медицинского вмешательства мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов) при тяжелой степени заболевания или отсутствие лечения вообще.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что, хотя пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеют высокий процент клинического успеха, тем не менее, это биологическая процедура и поэтому она не может иметь стопроцентной гарантии на успех. При оказании пародонтологической помощи результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

При этом врачом мне было доступно разъяснено, что удовлетворительный результат лечения обычно предполагает:

- значительное снижение выраженности клинических проявлений воспалительного поражения десны;
- уменьшение глубины пародонтальных карманов при зондировании;
- стабилизацию или увеличение клинического прикрепления зуба;
- устранение клинически определяемого налета до уровня, обеспечивающего здоровое состояние десен.

Врач объяснил мне, и я понимаю, что эффективность лечения пародонта зависит от тщательного соблюдения мною индивидуальной гигиены, своевременного проведения профессиональной гигиены и профилактических осмотров у лечащего врача.

Контрольный осмотр необходимо проводить через 3 месяца после лечения, профессиональную гигиену - через 6 месяцев. В последующее время необходимо каждые полгода проводить контрольный и профилактический осмотры лечащим врачом и гигиенистом.

Осложнением пародонтологического лечения является появление онемения в области языка, губ, появление чувства жжения, болезненности, нарушение жевания. Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после проведения пародонтологического лечения являются болевые ощущения в области вмешательства, и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Я предупрежден(а), что при лечении с применением коффердама/оптрагейта (содержат латекс, нитрил, эластомер, полипропилен) на коже лица в области вокруг губ возможно появление покраснения, раздражения, шелушения.

Также я предупрежден о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Я имел возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил на них удовлетворяющие меня ответы и, на основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства врачом клиники.

Врач Ф.И.О. _____ Пациент Ф.И.О. _____

Подпись _____ Подпись _____

«_____» _____ 20_____ г.