

## Информированное добровольное согласие на пародонтологическое лечение

г. Москва

Дата Заключения Договора

Я, Фамилия Имя Отчество Пациента,

(Ф.И.О. пациента)

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>К05.0</b> Острый гингивит        | <input type="checkbox"/> <b>К05.4</b> Пародонтоз                     |
| <input type="checkbox"/> <b>К05.1</b> Хронический гингивит   | <input type="checkbox"/> <b>К05.5</b> Другие болезни пародонта       |
| <input type="checkbox"/> <b>К05.2</b> Острый перикоронит     | <input type="checkbox"/> <b>К05.6</b> Болезнь пародонта неуточненная |
| <input type="checkbox"/> <b>К05.3</b> Хронический пародонтит | <input type="checkbox"/> <b>К03.6</b> 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 зубоальвеолярных 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:** полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, закрытый кюретаж зубодесневых карманов (процедура очистки десневых или пародонтальных карманов, выполняемая без нарушения целостности десны). Эти процедуры выполняются с помощью различных инструментов и ультразвукового скалера. При помощи ультразвуковых колебаний создается зона, в которой погибают патогенные бактерии, а мельчайшие частицы очищающего порошка (Fluid polish) полируют поверхность корня. С помощью антисептического раствора «карманы» интенсивно промываются. За счет гидродинамического эффекта количество микроорганизмов значительно сокращается, и это без повреждения мягких тканей.
- хирургические методы:** 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;  
**На данные виды медицинского вмешательства мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия.**
- ортодонтические и ортопедические методы:** 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**

© Охраняется авторским правом

Исключительное право на распространение принадлежит ООО «ФАКУЛЬТЕТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА»

она не может иметь стопроцентной гарантии на успех. При оказании пародонтологической помощи результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов. 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 ООО «ПРОФИСТОМ» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.**

**Так же я предупрежден о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.**

**Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом ООО «ПРОФИСТОМ».**

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства \_\_\_\_\_ (подпись)