

## Информированное добровольное согласие на пародонтологическое лечение

г. Москва

ДатаЗаключенияДоговора

*Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель*  
**Я, ЗаконныйПредставитель,**  
 (Ф.И.О. представителя пациента)  
 выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента  
**ФамилияИмяОтчествоПациента**  
 (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 (представляемого) заболевания \_\_\_\_\_

- |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>К05.0</b> Острый гингивит<br><input type="checkbox"/> <b>К05.1</b> Хронический гингивит<br><input type="checkbox"/> <b>К05.2</b> Острый перикоронит<br><input type="checkbox"/> <b>К05.3</b> Хронический пародонтит | <input type="checkbox"/> <b>К05.4</b> Пародонтоз<br><input type="checkbox"/> <b>К05.5</b> Другие болезни пародонта<br><input type="checkbox"/> <b>К05.6</b> Болезнь пародонта неуточненная<br><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 (представляемому) 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 (представляемому) 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, 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 (представляемым) 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 (представляемому) необходимо обратиться в клинику ООО «СТОМСТУДИЯ» 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 (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом ООО «СТОМСТУДИЯ».**

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

**Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства**  
\_\_\_\_\_ (подпись)