



УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

ООО «Дента Арт»

/В.Г. Кравченко/

Приложение № 14 к приказу № 1709/1 от «17» сентября 2018 г.

Типовая форма

Информированное добровольное согласие пациента пародонтологическое лечение в ООО «Дента Арт»

Я, _____, _____ г. рождения,
" _____" _____
Законный представитель _____,
зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя),
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное
добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-
санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской
Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной
помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я
являюсь (ненужное зачеркнуть) в стоматологической клинике общества с ограниченной ответственностью
«Дента Арт», а именно проведение **пародонтологического лечения**

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым
лечением и мог либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий диагноз _____

и указал на необходимость пародонтологического лечения.

Я полно и доступно информирован(а) врачом о цели, смысле и необходимости пародонтологического
лечения (лечения заболеваний дёсен и кости, окружающей зубы).

Мне объяснили, что необходимо проводить лечение заболеваний десен для предотвращения
преждевременной потери зубов и профилактики осложнений после ортопедического лечения.
Пародонтологическое лечение имеет своей целью устранение очагов инфекции в полости рта с целью продления
срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма. В ходе лечения могут быть использованы
консервативные методы (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, лечение
аппаратом ВЕКТОР, закрытый кюретаж зубодесневых карманов), хирургические методы (открытый кюретаж
зубодесневых карманов - лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны), ортодонтические и
ортопедические методы (шинирование, протезирование). Мне известно, что мой лечащий врач имеет
специальное образование, достаточный опыт и квалификацию для проведения пародонтологического лечения.
Мой врач обследовал состояние органов полости рта, доступно разъяснил мне методы и способы предложенного
лечения. Со мной проведено обучение гигиеническим навыкам, осуществлён подбор индивидуальных средств
гигиены. Мне понятно, как правильно пользоваться предложенными средствами гигиены. Я предупрежден(а) о
возможном прогрессировании заболевания при нарушении правил гигиены полости рта. Мне рассказали о
продолжительности, стоимости лечения, объёме и характере планируемых лечебных процедур, ознакомили с
примерным графиком их проведения. Мне известно, что пародонтологические заболевания являются
хроническими, проявляющимися периодами обострений и улучшений. Пародонтологическое заболевание нельзя
вылечить, но при проведении всех лечебных мероприятий, предложенных моим врачом, при правильном и
тщательном соблюдении рекомендаций по индивидуальной гигиене можно достигнуть стойкого и длительного
улучшения. Если не выполнять рекомендации врача по индивидуальной гигиене и не соблюдать график поддерживающих пародонтологических посещений, лечение не может быть успешным.

Мне известно, что медицинская деятельность отнесена к категории опасных, что может быть связано с
состоянием организма пациента, так и с приёмом лекарственных препаратов, индивидуальная переносимость

которых может быть различной. Я был(а) информирована о возможных рисках и осложнениях, связанных с хирургическими процедурами, приёмом лекарств. Мой врач объяснил мне, что не существует метода точно предсказывающего возможности заживления десны у каждого пациента после проведения пародонтологического лечения. Мне сообщено о возможных **осложнениях**: боль, покраснение, отёк, повышенная чувствительность зубов, временное изменение цвета зубов и языка, изменения вкусовой чувствительности, снижение уровня десны, увеличение межзубных промежутков. Редкими, но возможными осложнениями являются такие осложнения, как: инфекция послеоперационной области, подкожные кровоизлияния, повышение температуры, онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов. Точная продолжительность такого состояния не предсказуема и может быть необратима. Так же возможны воспаления вены (флебит), повреждения имеющихся зубов, переломы кости, нарушение целостности синуса (гайморовой пазухи), отсроченное заживление и др. **Достижение результатов (исходов)** лечения возможно при соблюдении всех рекомендаций и может привести к выздоровлению, к улучшению состояния или оставаться без изменений.

Я имел(а) возможность задать врачу вопросы, касающиеся любых аспектов лечения пародонта. Мой врач подробно информировал меня о **последствиях**, которые могут возникнуть в случае **отказа** от пародонтологического лечения или отказа (прерывания) лечения после его начала. Я понимаю, что при отказе от пародонтологического лечения будет происходить постепенная потеря костной ткани, окружающей зубы, что может повлечь за собой удаление имеющихся зубов. Мне известно, что проведение ортопедического лечения без предшествующего лечения пародонта может привести к перегрузке имеющихся зубов, и лечение может закончиться неудачей в ближайшие или отдаленные сроки независимо от качества ортопедического лечения. При этом могут развиться следующие осложнения независимо от качества проведенного терапевтического и ортопедического лечения:

- усиление/появление кровоточивости десен во время чистки зубов, при еде или без видимых причин;
- усиление/появление болей в деснах, выделение гноя, неприятный запах изо рта;
- появление припухлости десен;
- появление/усиление чувствительности зубов;
- увеличение подвижности и смещение имеющихся зубов;
- появление/усиление кровоточивости десен и неприятного запаха изо рта даже при соблюдении всех рекомендаций по личной гигиене;
- вывих или поломка протеза или опорного зуба с последующим его удалением;
- изменение цвета и контура десны вокруг коронок;
- попадание пищи между зубами и дискомфорт/боль при жевании;
- расцементировка коронок с последующим выпадением протеза;
- возможны нарушения в височно-нижнечелюстном суставе, боли в области шеи, головы, лицевых мышц, утомляемость мышц при жевании.

Мой врач подробно информировал меня о причинах кратковременности или неэффективности применения альтернативных методов лечения пародонтологических заболеваний.

Альтернативными вариантами лечения заболеваний пародонта являются удаление зубов или отсутствие лечения как такового.

Я предоставил(а) врачу, точную историю моих заболеваний, в том числе болезни крови и внутренних органов, кожные болезни и заболевания слизистых, нарушения свёртываемости крови и другие состояния, относящиеся к моему здоровью. Я так же сообщил(а) все случаи аллергических или необычных реакций на лекарственные препараты, пищевые продукты, пыльцу, укусы насекомых, анестетики, пыль. Я понимаю что курение, избыточное потребление алкоголя, сахара могут отразиться на заживлении дёсен и успешности пародонтологического лечения. Я согласен(а) следовать инструкциям моего врача по домашнему уходу за зубами.

Я согласен(а) являться на регулярные осмотры к доктору и гигиенисту, как мне рекомендовали не реже 1 раза в 3 месяца.

Я согласен(а) с типом обезболивания, который выбрал мой врач.

Я согласен(а) не управлять транспортными средствами и устройствами, связанными с повышенной опасностью, по меньшей мере 24 часа после операционных процедур, пока полностью не пройдут действия анестезии или лекарств, данных для моего лечения.

Я согласен(а) на рентгенологические исследования, фотографирование, снятие на видеоплёнку и другие процедуры, сопряженные с пародонтологическим лечением, при условиях анонимности. Я разрешаю (не разрешаю) использовать информацию о моем заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе.

Я полностью понимаю, что в процессе лечения по разработанному плану могут появиться непредвиденные ранее обстоятельства, вследствие которых возможны изменения и корректировки в плане лечения. По усмотрению моего врача, может быть проведено дополнительное лечение.

Я так же одобряю любые модификации в плане лечения, применяемых материалах, средствах ухода за органами полости рта, если они направлены для лучшего удовлетворения моих интересов. Д

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.

Я ознакомился с гарантийными сроками, сроками службы и условиями предоставления гарантий на пародонтологическое лечение.

Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я имел возможность задать все интересующие меня вопросы.

Дополнительных условий мною не выдвигается. Я принимаю решение осуществить пародонтологическое лечение на предложенных мне условиях.

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и несет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

С информированным согласием ознакомлен и согласен.

Подпись пациента (законного представителя) _____

Подпись врача _____

Дата “ ____ ” 20__ г.