

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИОДОНТИТА**

*(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)*

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (сна) с названными мне условиями его проведения

Я, {{пациент.фιο_полное}}, {{пациент.дата_рождения_год}}

(ФИО полностью), года рождения

проживающий (ая) по адресу: {{пациент.адрес}}

{% if пациент.представитель_имеется %}

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан

Я, {{пациент.представитель_фιο}}

Паспорт: {{пациент.представитель_документ_номер}} выдан {{пациент.представитель_документ_выдал}}

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун — *нужное подчеркнуть*) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:

{{пациент.фιο_полное}}, {{пациент.дата_рождения_год}}

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

{% else %} {% endif %}

Соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить врач стоматолог

{{визит_на_прием.специалист.специализация}} {{визит_на_прием.специалист.фιο_полное}} (далее по тексту - врач).

(должность, ФИО)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата за медицинское вмешательство производится в день проведения по прейскуранту Клиники.

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

№	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1	A06.07	Полость рта и зубы	

Периодонтит – это одно из осложнений кариеса, травм зубов или медицинских манипуляций, в результате чего воспалительный процесс с области зуба переходит на зону периодонта – узкого пространства между зубом и его костной лункой.

Мне разъяснено, что периодонтит можно разделить на две большие группы – острые и хронические. В свою очередь, острый периодонтит бывает: серозным (при формировании острого серозного периодонтита возникают ноющие боли в области конкретного зуба. Постукивание по зубу или откусывание им пищи не вызывает сильных болевых ощущений) и гнойным (дает развитие пульсирующих или разрывающих болей с редким ослаблением, при этом может усиливаться подвижность поврежденного зуба). Хронический периодонтит бывает: фиброзным (не имеет клинических проявлений, в редких случаях может давать небольшое потемнение коронки зуба с ее тусклостью и серым оттенком. Выявляется только на рентгене в области зубов со сформированными корнями), гранулематозным (обычно протекает бессимптомно, имеет свищ для оттока содержимого. На рентгене выглядит как очаг разрушения кости у верхушки зуба диаметром до 5 мм); гранулирующим (проявляется болезненностью при еде или постукивании, при контакте с горячим или при давлении. Слизистая вокруг зуба слегка отечна, красная, свищевой ход от гранулемы зуба может открываться на коже лица).

Мне разъяснено, что относительно месторасположения воспалительного процесса при периодонтите различают: апикальный (или верхушечный) периодонтит, при котором инфекционный очаг расположен между верхушкой корня и стенкой зубной альвеолы; маргинальный (или краевой) периодонтит, в ходе которого воспаление берет свое начало от края поврежденной десны.

Мне разъяснено, что к основным причинам возникновения острого периодонтита относят: острый воспалительный процесс пульпы, который возникает по причине кариозных зубов, периодонтальная и пульповая ткани взаимосвязаны; применение мышьяка с целью девитализации пульпы, что и приводит к воспалительному процессу пульповой ткани в результате токсичного действия пасты мышьяка, который в дальнейшем перемещается в периодонт; использование сильных антисептиков и различных прижигающих средств, которые вводят в корневой канал, что приводит к воспалительным процессам окружающих тканей; попадание большого количества пломбирочного материала в пространство периодонта.

Мне разъяснено, что главными предшествующими факторами развития хронического периодонтита являются: запущенный кариес; пульпит; запущенная форма острого периодонтита. Чаще всего развитие хронической формы периодонтита является следствием острой формы, а также перегрузки тканей в случае травматической окклюзии или адентии. Хроническая форма периодонтита может быть инфекционного или неинфекционного происхождения. Кроме того, в период обострения в области пораженного зуба часто возникает свищевой ход, из которого происходит выделение характерного гнойного экссудата.

Мне разъяснено, что симптоматика острого периодонтита включает: острую боль в области зубов, которая обычно усиливается в момент перкуссии; припухлость щек или губ; образование на поверхности десен отеков (отечного инфильтрата); подвижность зубов; субфебрильную температуру; увеличение в размерах лимфоузлов.

Мне разъяснено, что хроническому периодонтиту характерна следующая симптоматика: болезненность в момент приема пищи (особенно горячей); зубные боли при надкусывании; отечность слизистой рядом с зубом; гиперемированность слизистой ротовой полости; возникновение подслизистой, подкожной гранулемы.

Мне разъяснено, что лечение периодонтита направлено на устранение причин, механизмов и проявлений заболевания.

Мне разъяснено, что методы лечения периодонтита бывают терапевтическими (данный метод лечения нацелен на устранение патогенной микрофлоры, находящейся в эндодонте — комплексе поражённых тканей, включающем пульпу и дентин, которые связаны между собой морфологически и функционально. Поэтому иначе такое лечение называют эндодонтическим); хирургическими (к оперативному лечению прибегают только в случаях неэффективности или невозможности терапевтического лечения. К хирургическим методам лечения относятся: удаление части корня зуба (резекция) — позволяет сохранить зуб, даже если у верхушки корня присутствовала киста; удаление части корня зуба (резекция) удаление корня целиком; удаление корня целиком, с последующим замещением утраченного зуба); и комбинированными.

Мне разъяснено, что тактика лечения зависит от конкретного случая заболевания, от степени выраженности клинических проявлений и от причины возникновения периодонтита.

Мне разъяснено, что манипуляция проводится под местной анестезией.

Мне разъяснены осложнения, которые могут быть вызваны распространением инфекции из периодонтального очага: одонтогенный периостит; одонтогенный абсцесс; одонтогенная флегмона; одонтогенный гайморит; одонтогенный лимфаденит; одонтогенный остеомиелит. Осложнение, вызванное деструктивными изменениями в перерадикалярной кости: вторичная адентия. Осложнение, вызванное формированием свищевого хода: кожные свищи - образование свищевого хода, открывающегося на поверхность кожи.

Мне разъяснено, что в процессе проведения манипуляции несовершеннолетнему пациенту, а также пациенту, страдающему расстройством аутистического спектра, возможны: приступы агрессии/паники, громкий крик, пациент может нанести вред себе и окружающим, проявить другие нестандартные поведенческие реакции.

В доступной для меня форме мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь *(ненужное зачеркнуть)*:

{{пациент.фио_полное}}, {{пациент.номер_телефона}}
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
{{пациент.фио_полное}}, {{пациент.номер_телефона}}
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ {{пациент.представитель_фио}} {{пациент.фио_полное}} {{пациент.номер_телефона}}
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)
_____ {{визит_на_прием.специалист.фио_полное}}
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

Я подтверждаю, что:

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения манипуляции.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я понимаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и ситуации, которые могут потребовать изменения плана лечения, применения дополнительных методов, чтобы получить по возможности лучший результат, поэтому уполномочиваю врача и выбранных им помощников осуществить это.

Я даю согласие на фотографирование (без лица) зубных рядов при оказании мне (представляемому) стоматологических услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью Клиники.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня (представляемого) правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей (представляемого) медицинской карты.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

{{пациент.представитель_фио}} {{пациент.фио_полное}} _____
(Ф.И.О. пациента, представителя) (подпись)
{{визит_на_прием.специалист.фио_полное}} _____
(Ф.И.О. медицинского работника) (подпись)

{{документ.текущая_дата_дд_мм_гггг}} (дата оформления)