

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**
(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.фio_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_фio}}

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.фio_полное}}, {{пациент.дата_рождения_год}}

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

{{% else %}} {{% endif %}}

соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство по удалению молочного зуба моему ребенку будет проводить врач стоматолог-{{пользователь_дто.специалист.фio}} {{пользователь_дто.специалист.специализация}} (далее по тексту врач).

(должность, ФИО)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата производится в день проведения медицинского вмешательства по прейскуранту Клиники.

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

№	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1			

Пародонтит - это воспалительное заболевание дёсен, при котором происходит атрофия тканей, в том числе и костной, удерживающей зуб в его зубной лунке. Причинами развития пародонтита могут быть местные и общие факторы, которые приводят сначала к появлению гингивита (воспалению дёсен), а затем к распространению воспаления на подлежащие ткани и их разрушению.

К развитию пародонтита приводят следующие факторы: врождённые особенности строения пародонта; вредные привычки и общие заболевания; снижения продукции слюны; зубной камень; травматический прикус; глубокий или открытый прикус; скученные (кривые) зубы; нависающие, неполированные или пористые поверхности пломб и протезов; давление языка при его нетипичной артикуляции; дыхание через рот; скрежетание зубами (бруксизм); нарушение состава и свойств слюны.

Мне разъяснено, что симптомы пародонтита могут варьироваться в зависимости от длительности и тяжести воспалительного процесса. Как правило пациента беспокоят: постоянная или периодическая кровоточивость дёсен; неприятный запах изо рта; увеличение расстояния между зубами; боль при попадании пищи в щели между зубами; чувство дискомфорта во время жевания; зуд в дёснах; ощущение расшатывания зубов; отёчность, покраснение, болезненность дёсен; зубные отложения в больших количествах.

Мне разъяснено о том, что по тяжести течения заболевания выделяют три степени пародонтита:

лёгкая - периодическая кровоточивость, пародонтальные карманы не более 4 мм, на рентгенограммах практически не видны изменения кости;

средняя - кровоточивость дёсен, карманы от 4 до 6 мм, присутствует обнажение корней;

тяжёлая - глубина карманов более 6 мм, болезненность десны, затруднённое жевание, появление щелей между зубами, подвижность зубов.

Мне разъяснено о том, что течение заболевания можно разделить на четыре стадии: острый пародонтит; хронический пародонтит; обострение (в том числе абсцедирование) - возникает на фоне ухудшения общего состояния, появляется отёчность, покраснение и болезненность десны, из карманов выделяется гнойный экссудат; ремиссия - жалобы отсутствуют, десна бледно-розового цвета, плотно прилегает к зубам, очагов воспаления нет, оголённые корни зубов, клинические карманы не обнаруживаются.

Я информирован(а) о том, что по распространённости пародонтит бывает:

локализованным - поражение происходит в области нескольких зубов, чаще из-за нависающих краёв пломб и коронок, а также скученности зубов;

генерализованным - поражение десны в области всех зубов, чаще это происходит по причине плохой гигиены полости рта.

Мне разъяснено, что главным последствием несвоевременно диагностированного пародонтита является вторичная адентия, то есть выпадение зубов и, соответственно, уменьшение объёмов костной ткани в области поражённых зубов. В последствии это может привести к невозможности провести имплантацию и обеспечить пациента несъёмным протезом.

Мне разъяснено, что при пародонтите используются исследование соскоба из десневого кармана методом ПЦР, хемилюминесценции слюны и бакпосева отделяемого зубодесневых карманов.

Мне разъяснено, что врачом могут быть рекомендованы следующие дополнительные обследования: биохимический анализ крови на содержание глюкозы и С-реактивного белка, а также определение сывороточных антител IgA, IgM и IgG; ортопантомография; компьютерная томография (по КТ врач оценивает состояние костной ткани в разных плоскостях, что невозможно сделать с помощью плёночных снимков).

Мне разъяснено и понятно, что обязательным условием для лечения пародонтита является: протезирование; восстановление отсутствующих зубов; исправление патологий прикуса; устранение ортодонтических проблем полости рта; лечение кариеса.

Мне разъяснено, что при пародонтологическом лечении возможно применение анестезии, на что даю свое согласие. Выбор метода и препаратов предоставляю врачу-стоматологу.

Мне разъяснены возможные негативные последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения при пародонтологическом лечении и после него:

- под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции;
- отёк, гиперемия, болевые ощущения, зуд, повышение температуры;

- индивидуальная непереносимость назначенных медикаментозных средств;
- при приеме анальгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения): аллергические реакции, изменения витаминного и иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
- обострение заболеваний тканей пародонта вследствие неудовлетворительного гигиенического ухода за полостью рта;
- появление или увеличение подвижности зубов;
- нарушение прикуса;
- обнажение корня зуба;
- появление промежутков между зубами;
- непрогнозируемый переход процесса из локализованной формы в генерализованную; возможное появление повышенной чувствительности зубов к различным раздражителям.

А также другие осложнения: прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, потеря, удаление зубов; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики, нарушение функции речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата зубов остаточного прикуса; заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; инфекционные заболевания, гнойные осложнения; общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, неврологическая патология.

Мне в доступной форме сообщена информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения.

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)
 _____ {{пользователь_дто.специалист.фио}}
 (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

Я подтверждаю, что:

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.фио_полное}} _____
 (ФИО пациента) (подпись)
 {{пользователь_дто.специалист.фио}} _____
 (ФИО медицинского работника) (подпись)

{{документ.текущая_дата_дд_мм_гггг}} (дата оформления)