

Приложение к медицинской карте № _____

Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

« _____ » _____ 201__ г.

Информированное согласие на пародонтологическое лечение

Я, _____

(фамилия, имя, отчество гражданина, одного из родителей ребенка до 15 лет, иного законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть)

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка (до 15 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство Пародонтологическое лечение,
(наименование вида медицинского вмешательства)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован (а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

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

Мне известно, что оно является комплексным и включает в себя как нехирургические, так и хирургические методы. Мне объяснили, что необходимо проводить лечение заболеваний десен для предотвращения преждевременной потери зубов и профилактики осложнений после ортопедического лечения. 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) информирован(а) 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 лечения возможно при соблюдении всех рекомендаций и может привести к выздоровлению, к улучшению состояния или остаться 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 развиваться 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 подвижности зубов под протезами;
- 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.

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.

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.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я принимаю решение осуществить пародонтологическое лечение на предложенных мне условиях.

Подпись пациента: _____ / _____ /

(или подпись его законного представителя)

Подпись врача: _____ / _____ /