**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»)

|  |  |
| --- | --- |
| Я |  |

(ФИО пациента, либо законного представителя), соглашаюсь с тем, что лечение пациенту\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительном падеже) будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и другие врачи ООО «ОРТОДОНТИКС ГРУПП». В исключительных случаях, например, болезнь врача, клиника оставляет за собой право заменить лечащего врача.

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.

Пародонтологическое лечение проводится с целью устранения очагов инфекции в полости рта, уменьшения воспаления тканей пародонта, снижения подвижности зубов, улучшения эстетики, для подготовки к следующим этапам стоматологического лечения, а также оздоровления полости рта и всего организма. Суть пародонтологического лечения заключается в комплексном лечебном воздействии на ткани пародонта с применением консервативных методов (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, закрытый кюретаж зубодесневых карманов), хирургических методов (открытый кюретаж зубодесневых карманов - лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны), ортодонтических, ортопедических методов (шинирование, протезирование), а также аппаратных методов (Vector, Vector Paro).

Альтернативой пародонтологического лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения.

Хотя пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она не может иметь стопроцентной гарантии успеха. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

При оказании пародонтологической помощи результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость визуального и рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.

Мне сообщено и понятно, что необходимым условием эффективного лечения является выполнение компьютерной томографии, в случае несоблюдения мною рекомендации по проведению КТ до лечения я лишаю врачей возможности постановки правильного диагноза и выбора оптимальной тактики моего лечения.

***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 аналгетиков 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.

**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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Возможные исходы пародонтологического лечения:**

- улучшение клинической ситуации в полости рта;

- стойкая ремиссия заболевания(заболеваний) ротовой полости;

- кратковременный положительный результат лечения;

- отсутствие эффекта лечения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Эффективность лечения либо отсутствие эффекта непосредственно связаны с первоначальной клинической ситуацией (до начала лечения), общим состоянием организма пациента, работой иммунной системы.

**Необходимые условия для достижения положительного результата лечения:**

-точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача,

-последовательное выполнение пациентом **всех этапов и сроков** стоматологического лечения, рекомендованных врачом.

Мне сообщено и понятно, что необходимым условием эффективного лечения является выполнение компьютерной томографии, в случае несоблюдения мною рекомендации по проведению КТ до лечения я лишаю врачей возможности постановки правильного диагноза и выбора оптимальной тактики моего лечения.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья заполнена мной лично. Я понимаю, что несу ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

Я доверяю лечащему врачу и медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках.

**Вариант 1.**

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись пациента, либо законного представителя)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Пациент | {ФИОпациента} | (ФИО пациента, либо законного представителя) |

« \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

**Вариант 2.**

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись пациента, либо законного представителя)

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО пациента, либо законного представителя) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.