

Общество с ограниченной ответственностью «АРТИ»

ИНН/КПП 5032296173/503201001 ОГРН 1185053010691

Лицензия № ЛО41-01162-50/00340605 выдана Министерством здравоохранения Московской области
13.02.2020г.

Приложение №1 к договору
на оказание платных стоматологических услуг

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Хирургическое лечение заболеваний пародонта

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

Я _____ (фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе и необходимости лечения:

Дата	Наименование услуги, номера зубов	Стоимость	Подпись пациента

Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о предлагаемом лечении, в том числе о преимуществах и сложностях как этого, так и других методов лечения. Мне понятно, что операция проводится с целью сохранения зубов, которые в случае прогрессирования парадонтита придется удалить. Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения.

Мне понятно, что основной причиной заболевания пародонта является ослабление защитных сил организма за счет хронических заболеваний, поэтому необходимо выявлять и лечить эти заболевания. В противном случае, вероятность успешного парадонтологического лечения будет значительно ниже.

Основной задачей парадонтологического лечения является удаление микроорганизмов с воспаленных тканей в зубном налете, зубном камне, в поддесневых карманах, в остатках пищи под зубными протезами (мостами) и нависающими краями пломб. Лечение не приведет к результату, если после лечебных манипуляций в клинике не поддерживать гигиену дома специальными средствами. Т.к. зубодесневые карманы плохо доступны для домашней гигиены, необходимо приходить в клинику для их обработки.

Я соглашаюсь с тем, что при отказе от профессиональной гигиены реже, чем 1 раз в 3-6 месяцев (по рекомендации врача), в зубодесневых карманах снова возникает воспаление и лечение придется назначить заново.

Я соглашаюсь с тем, что после снятия зубных отложений может появиться повышенная чувствительность зубов, причиной которой стали продукты жизнедеятельности микроорганизмов. Со временем чувствительность зубов нормализуется.

Мне понятно, что санация полости рта, устранение нависающих краев пломб и коронок необходимы для исключения застревания пищи между зубами и как следствие развития воспаления. Полноценное протезирование позволит разгрузить ослабленные зубы и правильно перераспределить жевательную нагрузку, связать зубы в единый блок для большей их устойчивости. При несоблюдении этого условия произойдет раскачивание и выпадение зубов из-за их перегрузки.

Мне понятно, что одним из этапов комплексного лечения парадонтита является хирургическое лечение, которое 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, закрытый кюретаж зубодесневых карманов);
- хирургические методы (открытый кюретаж зубодесневых карманов, лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны);

Открытый кюретаж отличается от закрытого тем, что при открытом кюретаже участок десны разрезается и отслаивается, чтобы можно было произвести более глубокий кюретаж. В завершение процедуры кюретажа в карманы наносятся остеогенные препараты для дальнейшей стимуляции роста костной ткани (возмещение потерянной костной субстанции), после чего десна ушивается.

Хирургическое лечение заболеваний пародонта в отличие от терапевтического лечения позволяет полностью удалить зубные отложения из глубоких парадонтальных карманов и удалить грануляционную ткань, которой заместились рассосавшаяся кость.

Операции по восстановлению костной ткани проводят только после стабилизации воспалительного процесса. Только в том случае, когда пациент соблюдает хорошую гигиену полости рта, не пропускает профилактическую обработку зубодесневых карманов, возникает уверенность в стабилизации процесса. Только в этом случае имеет смысл восполнение утерянной костной ткани.

Я соглашаюсь с тем, что при неудовлетворительной гигиене полости рта, снижение сопротивляемости организма и иных случаях, после проведения восстановительной операции возможны следующие реакции:

- повышенная чувствительность зубов;
- отторжение костного трансплантата;
- большее оголение зубов;
- увеличение подвижности зубов с последующим их удалением.

Я понимаю, что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, вывится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно предвидеть заранее. В связи с этим, продолжительность и стоимость лечения может изменяться.

Я информирован о последствиях отказа от данного лечения: прогрессирование заболевания пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов), а также системные проявления заболевания.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.

Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Я проинформирован(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся заболеваниях. Я подтверждаю, что в Анкете назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений и реакций, о которых я информирован(а) в настоящем документе, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость лечения взимается в полном объеме.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен на их проведение. Мне понятно, что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне понятно, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Я получил(а) полную информацию о гарантийных обязательствах на лечение и соглашаюсь с установлением гарантийного срока и срока службы на оказанные медицинские услуги равными каждый одной неделе, так как невозможно прогнозировать индивидуальную реакцию организма на проведенное лечение.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись врача) (Фамилия ИО)

Дата «__» _____ 202__ г.