

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

### на проведение хирургического 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, {ФамилияИмяОтчество} (ФИО пациента либо законного представителя), соглашаюсь с тем, что хирургическое лечение (удаление зуба, удаление молочного зуба, лечение альвеолита, лечение периостита челюсти, вскрытие абсцесса, иссечение капюшона, удаление экзостоза, удаление инородного тела, операцию на мягких тканях, зубосохраняющую операцию, хирургическое удаление кисты корня, резекцию верхушки корня, цистотомию, гемисекцию, удаление импланта, установка ортодонтического минивинта другое медицинское вмешательство:

\_\_\_\_\_ )  
пациенту \_\_\_\_\_

(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительном падеже) будет проводить врач-стоматолог {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество} и другие врачи ООО «ЮККИДЕНТ». В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника оставляет за собой право заменить лечащего врача, уведомив меня об этом. Я даю согласие на привлечение к моему лечению других специалистов, в том числе врачей, не являющихся работниками Исполнителя (при необходимости).

Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о предстоящем лечении: цель хирургического лечения, необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с предполагаемым планом хирургического стоматологического лечения. Я понимаю, что хирургическое лечение является сложной биологической процедурой, успешное проведение которой напрямую зависит от индивидуальных анатомических, физиологических, иммунологических особенностей моего организма, от которых также могут зависеть и возможные общие и местные осложнения. Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта не прогнозируемо, и может привести к необходимости дополнительного оперативного лечения.

**Удаление зуба** — хирургическая операция, целью которой является извлечение зуба из лунки вместе с корнем при невозможности или нецелесообразности его лечения и сохранения. При удалении молочного зуба допустимо сохранение фрагментов корня зуба, в случае если их извлечение может привести к травме зачатка постоянного зуба.

**Альвеолит** – это посттравматическое инфицирование и воспаление зубной лунки после удаления зуба. Характеризуется сильной болью в лунке, нарушением общего состояния (слабостью, повышенной температурой тела, головной болью), увеличением подчелюстных лимфоузлов, неприятным, гнилостным запахом изо рта. В течение нескольких дней альвеолит может развиваться в ограниченный остеомиелит (гнойное расплавление кости челюсти). Лечение альвеолита заключается в очищении лунки. При своевременной санации лунки – прогноз благоприятный.

**Периостит челюсти** – инфекционно-воспалительный процесс с локализацией очага в надкостнице альвеолярного отростка либо тела челюсти. Периостит челюсти сопровождается формированием поднадкостничного абсцесса; отеком окологлазничных мягких тканей; болью с иррадиацией в ухо, висок, глаз; ухудшением общего самочувствия (слабостью, повышенной температурой тела, головной болью, нарушением сна). Диагноз периостита челюсти устанавливается на основании данных осмотра и пальпации, подтвержденных рентгенологически. Лечение периостита челюсти включает вскрытие и дренирование поднадкостничного абсцесса, удаление зуба-источника инфекции, физиотерапию, полоскания полости рта, антибиотикотерапию.

Постоянное травмирование мягких тканей вокруг коренного зуба приводит к вялотекущему воспалительному процессу в них – развивается **перикоронит**. Так же воспалению способствуют частицы пищи, слюна, бактерии, попадающие в узкое пространство между зубом и десной. При нагноении этого содержимого отмечается развитие гнойного перикоронита. Распространение воспаления на надкостницу, выстилающую позадиомолярную ямку, приводит к ее воспалению – ретромолярному периоститу. Хроническое воспаление и продолжающаяся травма капюшона приводит к разрастанию грануляционной ткани, что становится причиной других осложнений – нарушение жевания, выраженный болевой синдром и др. Все вышеперечисленные факты говорят в пользу удаления капюшона, желателен превентивного (то есть до развития упомянутых осложнений). **Иссечение капюшона** – хирургический метод лечения перикоронита и позадиомолярного периостита, заключающийся в удалении части слизистой оболочки, закрывающей коренной зуб.

**Удаление экзостозов** — это операция по устранению костных выступов (наростов) на челюстных костях, являющихся либо индивидуальной особенностью человека, либо последствием сложного **удаления** зубов, которые могут стать помехой для протезирования.

**Цистотомия и цистэктомия** — это два способа хирургического вмешательства используются для лечения одонтогенных кист. Киста – это полостное образование, заполненное гноем, которое появляется на верхушке корня зуба. Киста может некоторое время не проявлять никаких симптомов заболевания, человек не испытывает дискомфорт, и не чувствует болезненных ощущений в этой области. Но она постоянно увеличивается и уничтожает здоровые ткани, что пагубно влияет на сохранность зуба. Именно во избежание таких последствий и проводится цистотомия – отсроченное лечение кисты и цистэктомия – полное одноэтапное удаление.

**Резекция верхушки корня** зуба (апикэктомия)– проводится с целью извлечения пораженного участка зуба, и предотвращения дальнейшего распространения инфекции, устранение очага воспаления на верхушке зубного корня. Особенность методики – добраться до пораженного участка не через коронковую часть зуба, а через надрез в боковом отделе кости, и отсесть инфицированные ткани зубного корня вместе с гнойным образованием.

**Гемисекция** - стоматологическая операция, предполагающая удаление корня и части коронки с целью сохранения зуба. Такая процедура проводится, когда разрушение начинается именно с корневой системы, когда нужно удалить кисту с пораженной частью корня, а лечение корневых каналов не дает результата.

**Установка ортодонтического минивинта** возможна по рекомендации ортодонта для увеличения точек опоры при перемещении зубов; проводится под местной анестезией, ставится на время лечения, внешняя часть напоминает кнопку.

В случае необходимости (периимплантит, боли, травма, резорбция прилегающей костной ткани) врач может провести **удаление импланта**, которое будет напоминать или удаление зуба, или операцию имплантации в обратном порядке.

Я понимаю, что выздоровление может занять время и будет полностью зависеть от выполнения мной рекомендаций врача.

При этом я информирован(а) о других (альтернативных) способах лечения, их преимуществах и недостатках. Например, альтернативой гемисекции или резекции верхушки корня является удаление зуба, отсутствие лечения как такового также является альтернативным к лечению. Я также информирован(а), что в ряде случаев хирургическое лечение является единственным способом достижения желаемого результата.

Я понимаю, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема), а также необходимость привлечения других специалистов, в том числе челюстно-лицевых хирургов.

В дальнейшем, после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны, могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического (зубопротезного) лечения. Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения. Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен(а) с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям.

Я подтверждаю, что сообщил(а) все известные имеющиеся у меня болезни и недуги. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я понимаю необходимость соблюдения гигиены и режима приема прописанных мне препаратов перед операцией и после ее. Я осведомлен(а) о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством; после операции необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта, выполнение всех рекомендаций врача.

При оказании хирургической помощи результат не может быть гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение качественных материалов и инструментов, а также правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом. Я понимаю, что необходимо строго следовать указаниям врача, если пациент не найдет возможности лежать неподвижно и будет шевелиться, дергаться или глотать без предупреждения, возможно повреждение тканей лица или шеи инструментами, в том числе с последующим образованием рубцов. Я понимаю, что в процессе стоматологического лечения возможны травмы, порезы повреждения лица и мягких тканей. Иногда могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью. Дополнительно

---

Возможные негативные последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а также в ходе хирургического вмешательства и после него:

- под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, последующее затруднённое открывание рта, поломка иглы, боль при введении анестетика, недостаточное обезболивание, избыточное введение анестетика, повреждение анестезируемых тканей, образование гематом, инфицирование, некроз тканей, продолжительное нарушение чувствительности, локальное побледнение кожи, аллергические реакции, снижение внимания, анафилактический шок, коллапс;
- при приеме анальгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения): аллергические реакции, изменения витаминного и иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
- боли в месте инъекции;
- луночковые боли после удаления зуба, развитие альвеолита, связанное с особенностями развития воспалительного процесса, индивидуальными защитными реакциями или особенностями организма, либо с выполакиванием из лунки кровяного сгустка;
- скол (отлом) ранее установленных на соседних зубах прямых композитных реставраций (прямых виниров, люминиров) с невозможностью их коррекции и восстановления;
- кровотечение из лунки или разреза, боль, болезненность, отек в области проведения хирургического вмешательства;
- повреждение нерва, приводящее к онемению или подергиванию губы, онемению подбородка, десен, зубов, языка в оперированном участке (это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным), парестезия в области языка, нижней губы;
- перелом челюсти, при удалении 7 и 8 зубов перелом челюсти является ожидаемым осложнением;
- вывих или подвывих височнонижнечелюстного сустава;
- сообщение полости рта с гайморовой пазухой, что потребует проведения дополнительной операции;
- гайморит;
- попадание корня зуба в гайморову пазуху;

- появление отёка мягких тканей или увеличение имевшегося отёка в период обострения, а также развитие эмфиземы мягких тканей, подъём температуры, развитие гнойных осложнений, рожистого воспаления, флегмоны, остеомиелита;
- контрактура жевательных мышц после удаления зуба, боли при глотании;
- повреждение соседних зубов и пломб;
- натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием, травмирование мягких тканей полости рта, мягких тканей лица, порезы лица, особенно в случаях, когда пациент нарушает рекомендации не двигаться, не глотать, не разговаривать без предупреждения во время проведения хирургического лечения;
- боль, болезненность, отёк, развитие воспаления после хирургического лечения, гнойные осложнения после хирургического лечения, флегмона, остеомиелит, появление свищей и другие гнойные осложнения. Атипичное, осложненное или стремительное развитие гнойных осложнений может быть связано с врожденной патологией (например, нарушениями свертываемости крови) или хронической патологией, имеющейся у пациента.
- формирование рубца;
- в ряде случаев оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти обосновано, чтобы не проводить обширную операцию;
- необходимость наблюдения у пародонтолога.

#### **Другие виды осложнений в случае отсутствия дальнейшего ортопедического лечения:**

- прогрессирование зубоальвеолярных деформаций,
- дальнейшее снижение эффективности жевания,
- ухудшение эстетики, нарушение функции речи,
- прогрессирование заболеваний пародонта,
- быстрая утрата зубов остаточного прикуса,
- заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, заболевания позвоночника,
- общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, неврологическая патология.

#### **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.

Предполагаемые сроки данного лечения - \_\_\_\_\_

#### **Возможные исходы проводимого лечения:**

- улучшение клинической ситуации в полости рта;
- стойкая ремиссия заболевания (заболеваний) ротовой полости;
- кратковременный положительный результат лечения;
- отсутствие эффекта лечения.

Своевременно начатое и правильно проведенное лечение альвеолита заканчивается выздоровлением. Через 5-7 дней стенки альвеолы начинают покрываться молодой грануляционной тканью, но воспалительные процессы в слизистой оболочке десны могут сохраняться до 10 дней. Через 2 недели десна приобретает нормальную окраску, исчезает отек, альвеола заполняется грануляционной тканью, начинается ее эпителизация. В дальнейшем процесс заживления альвеолы идет как же, как при отсутствии осложнения. Когда в стенках альвеолы развивается гнойно-некротический воспалительный процесс, боль и воспалительные явления не прекращаются. Это свидетельствует о развитии более тяжелого осложнения - ограниченного остеомиелита альвеолы зуба.

Своевременно начатое лечение различных форм перикоронита протекает благоприятно и быстро купируется, однако при распространении гнойной инфекции возможны осложнения от язвенного гингивита до окологлоточных флегмон.

После лечения периостита челюстей в большинстве случаев наступает восстановление внешнего вида слизистой оболочки, удается добиться отсутствия прогрессирования заболевания.

На любом этапе оказания помощи могут появиться новые поражения или осложнения, обусловленные проводимой терапией (например, рецидив, аллергические реакции), что повлечет оказание дополнительной медицинской помощи, проводимой по протоколу соответствующего осложнения.

При отсутствии лечения и невыполнении рекомендаций, на любом этапе может развиваться новое заболевание, связанное с основным – воспалительный процесс переходит на следующую фазу – острый гнойный периостит, который распространяется на кость или окологлоточные мягкие ткани с образованием остеомиелита, секвестра, абсцесса или флегмоны. Длительное воспаление приведет к гиперостозу.

Эффективность лечения либо отсутствие эффекта непосредственно связаны с первоначальной клинической ситуацией (до начала лечения), общим состоянием организма пациента, работой иммунной системы, а также с регулярным правильным выполнением рекомендаций по домашней гигиене и лекарственной терапии (в случае назначения), изменением питания, наличием или отсутствием вредных привычек.

Я понимаю, что гарантийные обязательства на все виды стоматологических услуг сохраняются только в случае соблюдения рекомендаций по проведению профессиональной гигиены полости рта. В случае невыполнения этих рекомендаций гарантия не сохраняется.

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 признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье. Я проинформировал(а) медицинского работника обо всех случаях аллергических реакций, предоставил(а) сведения о состоянии здоровья на момент подписания настоящего согласия и в прошлом, обо всех перенесённых и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о постоянно и периодически принимаемых лекарственных средствах (инъекциях,

мазях, назальных/глазных каплях, пищевых добавках), назначенных врачами другого лечебного учреждения или принимаемых самостоятельно, об употреблении алкоголя, наркотических и иных токсических средств. Мне известно, что не предоставление информации о состоянии здоровья может повлиять на эффективность и результаты медицинского вмешательства, и я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я доверяю лечащему врачу и медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я предоставляю ООО «ЮККИДЕНТ» право вести фото- и видеопрокол манипуляций по выбору врача(ей), использовать, обрабатывать, хранить, дублировать, анализировать мои изображения, включая фотографии и рентгенологические снимки, срезы КТ на сайтах в сети Интернет, для контроля качества лечения, для научных публикаций и в программах обучения врачей при соблюдении анонимности (т.е. без указания Ф.И.О. пациента).

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.

Мне в доступной форме сообщена полная 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 понятно назначение данного документа, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют.*

### 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.

Пациент \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись пациента либо законного представителя) {ТекущаяДатаПолная} г.

Врач \_\_\_\_\_ ({Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}) {ТекущаяДатаПолная} г.

Рекомендации в письменном виде и разъяснения от врача получил(а) \_\_\_\_\_ / {ФамилияИмяОтчество} /

### Вариант 2.

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

Пациент \_\_\_\_\_ (ФИО пациента либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись пациента либо законного представителя) {ТекущаяДатаПолная} г.

Врач \_\_\_\_\_ ({Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}) {ТекущаяДатаПолная} г.