

## 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, {ФамилияИмяОтчество} (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 {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 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, 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;
- скол (потеря) прямых композитных виниров (люминиров, художественных реставраций), выполненных в стороннем лечебном учреждении без соблюдения протоколов лечения с невозможностью их коррекции (восстановления);
- 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.

#### **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.

В большинстве случаев через неделю после проведенного лечения наступает компенсация функции – уходят признаки воспаления десны, восстанавливается ее внешний вид. В зависимости от степени заболевания на начальном этапе: снижается или отсутствует патологическая подвижность зубов.

В ряде случаев удается достичь только стабилизации – отсутствия прогрессирования заболевания. При этом необходимо динамическое наблюдение по графику, рекомендованному врачом (2-4 раза в год), для отслеживания положительных либо отрицательных изменений.

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

При отсутствии поддерживающего лечения и невыполнения рекомендаций может развиваться новое заболевание, связанное с основным: рецидив пародонтита, его прогрессирование, рецидив пародонтального абсцесса.

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.

#### **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 - \_\_\_\_\_

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 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).

### 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.