

**Информированное добровольное согласие**

**на пародонтологическое лечение в ООО ЦЭМ «Консул СТ»**

Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований: ст. 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункта 14, 28 Постановления Правительства РФ от 04.10.20122 № 1006  ["Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_136209/); ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Приказа Минздрава РФ от 12.11.2021 № 1051Н “Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства”

Я {ФамилияИмяОтчество}

(ФИО пациента)

настоящим подтверждаю, что в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания

* K05.0 Острый гингивит □ K05.4 Пародонтоз
* K05.1 Хронический гингивит □ K05.5 Другие болезни пародонта
* K05.2 Острый перикоронит □ K05.6 Болезнь пародонта неуточненная
* K05.3 Хронический пародонтит □ K03.6 Отложения, наросты на зубах

Я информирован(а) лечащим врачом о необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта и пародонтологического лечения, которое имеет своей целью устранение очагов инфекции в полости рта с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирование заболевания, возникно­вение новых пародонтологических заболеваний, кариеса зубов, пульпита и периодонтита, развитие инфекционных осложнений, появле­ние либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба(ов), системные проявления заболевания. Так же возможно прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функций речи, развитие заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и желудочно-кишечного тракта.

Я был(а) информирован(а) о том, что в ходе лечения могут быть использованы следующие методы лечения:

* консервативные методы: снятие зубных отложений ручными инструментами и ультразвуковыми скалерами, полировка зубов щеточками, медикаментозная обработка и закрытый кюретаж пародонтальных карманов. Эти процедуры выполняются с помощью различных инструментов и аппаратов.
* хирургические методы: открытый кюретаж пародонтальных карманов, лоскутная операция (участок десны разрезается и отслаива­ется, проводится более глубокая очистка пародонтальных карманов), наращивание костной ткани, пластика десны; На данные виды медицинского вмешательства мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добро­вольные согласия.
* ортодонтические и ортопедические методы: шинирование (ограничение подвижности зубов путем их скрепления друг с другом), протезирование зубов. На данные виды медицинского вмешательства мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения вообще.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что, хотя пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеют высокий процент клини­ческого успеха, тем не менее, это биологическая процедура и поэтому она не может иметь стопроцентной гарантии на успех. При оказании пародонтологической помощи результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

При этом врачом мне было доступно разъяснено, что удовлетворительный результат лечения обычно предполагает:

* значительное снижение выраженности клинических проявлений воспалительного поражения десны;
* уменьшение глубины пародонтальных карманов при зондировании;
* стабилизацию или увеличение клинического прикрепления зуба;
* устранение клинически определяемого налета до уровня, обеспечивающего здоровое состояние десен;

Врач объяснил мне, и я понимаю, что эффективность лечения пародонта зависит от тщательного соблюдения мною индивидуальной гигиены, своевременного проведения профессиональной гигиены и профилактических осмотров у лечащего врача. Контрольный осмотр необходимо проводить через 3-4 месяца после лечения, профессиональную гигиену через 6 месяцев. В последующее время необходимо каждые полгода проводить контрольный и профилактический осмотры лечащим врачом и гигиенистом.

Осложнением пародонтологического лечения является появление онемения в области языка, губ, появление чувства жжения, болез­ненности, нарушение жевания.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после проведения пародонтологического лечения являются болевые ощуще­ния в области вмешательства, и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

В доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение использовать труд любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я понимаю, что ожидаемый мною положительный результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответст­вующей квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответст­вующих стандартов и протоколов лечения. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка, удаление или замена стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Я также проинформирован (а) о необходимости проведения физиотерапевтического лечения в комплексном оказании стоматологической помощи и понимаю цели его проведения.

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

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю свое согласие на проведение мне пародонтологического лечения.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ {ФамилияИмяОтчество}

(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество} {ТекущаяДатаПолная} г.

(подпись врача) (расшифровка подписи) (дата)

Данное Информированное Добровольное Согласие является неотъемлемой частью медицинской карты