

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

## **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: ИНЬЕКЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСЕН (ПЛАЗМОЛИФТИНГ)**

Я \_\_\_\_\_

*Ф.И.О. взрослого пациента*

**Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.**

Я, \_\_\_\_\_, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, призванного недееспособным:

*(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)*

добровольно обращаюсь в ООО "Элитдентал М" (ОГРН 1166196056553), далее именуемое – «**Исполнитель**», и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **инъекционное лечение десен – плазмолифтинг**.

Я получил(а) от врача \_\_\_\_\_ всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. **Цели лечения.** Основными целями плазмолифтинга являются: уменьшение выраженности хронического воспаления пародонта, предотвращение обострения воспалительной реакции и развития некротически-деструктивных процессов в пародонте; регенерация эпителиальной выстилки десны.

2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства.**

Плазмолифтинг – это процедура инъекции аутоплазмы, выделенной из собственной крови человека. Тромбоцитарная аутоплазма является биологическим стимулятором регенерации, в ней содержатся витамины, гормоны и белок в естественной комбинации. Процедура плазмолифтинга восстанавливает структуру, форму и цвет десны, приостанавливает воспаления в пародонте, устраняет кровоточивость десен, и предотвращает разрушение костной ткани. Наилучший результат можно получить совместно с профгигиеной полости рта. Активируя все процессы регенерации одновременно и действуя на них синергетический, тромбоцитарная аутологичная плазма становится простым и безопасным биологическим методом, ускоряющим регенеративные процессы. Богатая тромбоцитами плазма является безвредной для собственных тканей человека, биодоступной в биохимическом соотношении компонентов, которое свойственно данному организму.

Тромбоцитарную аутологичную плазму (ТАП) получают с помощью центрифугирования крови пациента с применением специальных пробирок, а также определенным режимом центрифугирования. Нижняя часть пробирки, заполнена адсорбционным гелем, не влияющим на свойства плазмы, что позволяет получать плазму высокой очистки с терапевтическим содержанием тромбоцитов и производящим во время процедуры центрифугирования адсорбцию эритроцитов и низкомолекулярных жирных кислот, стабилизирующим эритроцитарно-лейкоцитарный сгусток.

Плазмолифтинг улучшает регенерацию тканей после проведенной имплантации или выполненных челюстно-лицевых операциях. Показаниями к проведению процедуры являются такие заболевания, как: удаление зубов любой сложности; имплантация зубов; гингивит, локализованный пародонтит любой степени тяжести; альвеолит, периимплантит; кровоточивость десен; воспалительные процессы тканей пародонта - процедура предотвращает их развитие.

Плазмолифтинг проводится в соответствии клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации. Курс лечения составляет в среднем 3 процедуры через каждые 7-10 дней. Симптом кровоточивости десен, как правило, уменьшается уже после первых процедур.

Мне разъяснено, что до начала вмешательства необходимо сдать анализы крови, назначенные врачом, чтобы убедиться в пригодности крови для процедуры. Кроме того, возможно потребуется провести санацию полости рта (лечение кариеса) у стоматолога-терапевта и сделать профессиональную чистку. Указанные вмешательства могут быть проведены с моего согласия, за дополнительную плату, при условии получения отдельных информированных согласий. Мне разъяснено, что следует ограничить потребление жирной и жареной пищи, не употреблять алкоголь и препараты, влияющие на свертываемость крови, в течение нескольких недель перед забором крови.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания (заболевания пациента, законным представителем которого я являюсь) и предварительного плана лечения. Выбор материалов, методов, этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения. Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, которые будут иметь меньший клинический успех. Совместно с врачом я имел(а) возможность выбрать из всех вариантов лечения наиболее рациональный в вариант. Я понимаю, что альтернативные хирургические варианты лечения могут быть использованы при не достижении эффекта от терапевтического лечения зубов.

Лечащий врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить инъекционное лечение десен (плазмолифтинг), я могу отказаться от него. Последствиями отказа от лечения могут быть: усиление кровоточивости и воспаление десен; появление неприятного запаха изо рта; появление болевого синдрома; усиление подвижности зубов; развитие (усугубление) заболеваний пародонта. Я понимаю, что невозможно точно установить сроки лечения ввиду непредсказуемой реакции организма на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения.

**3. Риски, последствия, осложнения.** Я понимаю, что инъекционное лечение десен (плазмолифтинг) является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Некоторые нежелательные побочные действия и осложнения нельзя исключить. Врач объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после медицинского вмешательства: отечность десны или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней; микротравмы десны, появление гематом; ощущение дискомфорта, болевые ощущения, аллергические реакции на инструмент и материалы, применяемые в процессе лечения. Мне понятно, что указанные в настоящем пункте осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

**4. Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства:** патология иммунной системы (тяжелые инфекции и т.п.); острые инфекционные заболевания; болезни крови (лейкозы, лимфогранулематоз); злокачественные образования; декомпенсированная форма сахарного диабета и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (здравья пациента, законным представителем которого я являюсь): перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п. Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье (здравье пациента, законным представителем которого я являюсь), я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

**5. Предполагаемые результаты лечения.** Ожидаемыми результатами лечения является достижение целей лечения. Я понимаю, что установление гарантийных сроков на овеществленные результаты медицинской услуги возможно только в индивидуальном порядке, и что если гарантийный срок письменно в документах не установлен, то он исчисляется согласно Положению о гарантиях, действующему у Исполнителя, с которым я был ознакомлен(а) до начала лечения.

6. Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в пункте 3 настоящего согласия состояний (осложнений), аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваниях), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.

7. Невыявление на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме, может привести к увеличению сроков лечения и как следствие, увеличению стоимости лечения. Я понимаю значение гигиены полости рта при стоматологическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения, включая использования ирригатора полости рта и щеток, рекомендованных врачом. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

8. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.

9. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

10. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.

**Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.**

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

**Пациент/Законный представитель пациента:**

Дата: « \_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ года

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Врач:**

Дата: « \_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ года

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /