

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:  
лечение заболеваний пародонта, слизистой оболочки полости рта**

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, признанного 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:  
**пародонтология лечение заболеваний пародонта, слизистой оболочки полости рта.**

Я получил(а) от врача **Левкович Анастасии Александровны** всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

**1.** Мне разъяснено и понятно следующее:

**Цели:** оказания медицинской помощи: купирование воспалительного процесса в пародонте, удаление патогенных микроорганизмов, предупреждение дальнейшего развития патологического процесса, устранение болевых ощущений, сохранение и восстановление функции зубочелюстной системы, сохранение целостности зубного ряда.

**Метод оказания медицинской помощи.** Проведение профессиональной гигиены полости рта, удаление над и поддесневых зубных отложений, устранение факторов, способствующих поддержанию воспалительного процесса в пародонте (нависающие края пломб, кариозные полости, клиновидные дефекты), устранение преждевременных контактов (функциональное избирательное шлифование), назначение и проведение противомикробной и противовоспалительной терапии, обучение индивидуальной гигиене полости рта. Удаление над и поддесневых зубных отложений, удаление грануляций, проводится под местной анестезией, ручным способом или ультразвуковым наконечником с применением крючков, экскаваторов, кюрет, шлифовальных дисков и штрипсов, циркулярных щеток, полирующих паст. Проведение терапии (курса инъекций препаратом Траумель-С) после профессиональной гигиены полости рта. Длительность курса зависит от степени воспалительного процесса пародонта и назначается лечащим врачом.

Связанный с методами риск. В процессе лечения и после лечения возможно возникновение следующих **осложнений:**

аллергические реакции; гиперестезия (повышенная чувствительность зубов); оголение корня зуба; подвижность зуба;

удаление зуба: появления гематомы в области зондирования. противопоказаниями для удаления над и поддесневых зубных отложений с помощью ультразвука являются: наличие кардиостимулятора, хронических инфекций (туберкулез, СПИД, венерические заболевания), инфекционного гепатита, респираторных и вирусных инфекций.

Возможные варианты медицинских вмешательств: Удаление над и поддесневых зубных отложений проводится под местной анестезией (при необходимости), ручным способом или ультразвуковым наконечником с применением крючков, экскаваторов, кюрет, шлифовальных дисков и штрипсов, циркулярных щеток. Ручной способ удаления зубных отложений применяется в области металлокерамических, керамических, композитных реставраций, имплантатов.

Периодичность проведения профессиональной гигиены полости зависит от стоматологического статуса пациента.

**Предполагаемый результат лечения.** Я информирован(-а) о необходимости строго следовать этапам лечения, важности соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также о необходимости полного восстановления целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций. Ожидаемый эффект лечения заболеваний пародонта выражается в купировании болевых симптомов и переходе заболевания в ремиссию. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за

исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Последствиями отказа от предложенного стоматологического лечения могут быть: развитие и прогрессирование основного воспалительного патологического процесса в пародонте и на СОПР; появление нового воспалительного патологического процесса челюстно-лицевой области: появление новых острых воспалительных патологических процессов в околозубных и околочелюстных тканях: снижение и/или утрата функциональной способности зубочелюстной системы: снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики и нарушение функции речи; потеря зуба (-ов); появление и/или усиление болевого синдрома; развитие и/или обострение общесоматических системных заболеваний. Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Лечащим врачом даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы

**2. Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства:** патология иммунной системы (тяжелые инфекции и т.п.); острые инфекционные заболевания; болезни крови (лейкозы, лимфогранулематоз) 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 (здоровья 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 (здоровье пациента, законным представителем которого я являюсь), я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

**3. Предполагаемые результаты лечения.** Ожидаемыми результатами лечения является достижение целей лечения.

**4.** 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 заболеваний), 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.

1. Врач объяснил мне, что после операции: в течение 3-5 суток не рекомендуется заниматься активным физическим трудом; Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Врачом может быть рекомендовано полоскание ротовой полости дезинфицирующими (антисептическими) растворами и медикаментозное лечение. Мне разъяснено и понятно следующее: **если врач не назначил полоскания (ротовые ванночки) и/или медикаментозное лечение, я не должен(на) выполнять их без согласования с врачом, так как это может ухудшить мое состояние.**

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

3. 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.

4. 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: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_