

Приложение к договору № _____
предоставления платных медицинских услуг
от «___» 20__ года

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 ЗУБОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ: ГЕМИСЕКЦИЮ, РЕЗЕКЦИЮ ВЕРХУШКИ КОРНЯ, АМПУТАЦИЮ КОРНЯ ЗУБА, КОРОНАРНО-РАДИКУЛЯРНУЮ СЕПАРАЦИЮ

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 1246100029471), далее именуемое – «**Исполнитель**», и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **зубосохраняющие операции (гемисекция, резекция верхушки корня, ампутация корня зуба, коронарно-радикулярная сепарация)**.

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

1. **Цели лечения.** Главными целями зубосохраняющих операций являются: предупреждение дальнейшего развития патологического процесса; сохранение и восстановление анатомической формы пораженного зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы; избежать уменьшения объема кости.

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

Зубосохраняющие операции выполняются в соответствии «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе пародонтит», утвержденными Постановлением № 18 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 23 апреля 2013 года с изменениями и дополнениями на основании Постановления № 18 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе болезни периапикальных тканей», утвержденными Постановлением № 18 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе болезни пульпы зуба», утвержденными Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации.

Долгое время единственным методом лечения многих заболеваний зубов было полное удаление тканей зуба, без возможности его восстановления. Однако в настоящее время большое распространение получили зубосохраняющие операции – методы, позволяющие не удалять, а лечить больные зубы. Зачастую целью лечения является обеспечение возможности дальнейшего использования зуба в качестве опоры под протезы. Также зубосохраняющие операции выполняются в случаях, когда удаление не может решить имеющуюся проблему – например, при наличии кистозного образования возле одного из корней зуба.

Основными видами зубосохраняющих операций являются: гемисекция, резекция верхушки корня, ампутация корня зуба и коронарно-радикулярная сепарация.

Гемисекция – это хирургическая операция, при которой производят удаление одного из корней многокорневого зуба, пораженного патологическим процессом. Операции предшествует механическая, медикаментозная обработка канала «остающегося» корня зуба с последующей постоянной пломбировкой. Операцию проводят под местной анестезией. С помощью бора распиливают коронковую часть и корень по фуркации, и удаляют его, используя элеватор или щипцы. Межкорневую перегородку и костную ткань, окружающую оставшийся корень, сохраняют. Далее проводят тщательную механическую и антисептическую обработку костной раны.

Резекция верхушки корня зуба представляет собой хирургическую операцию по удалению части верхушки корня и прикорневой кисты. Это зубосохраняющая операция проводится в тех случаях, когда не допустимо эндодонтическое лечение каналов. Наиболее распространена резекция передних зубов, расположенных на верхней челюсти. Операции предшествует механическая, медикаментозная обработка канала зуба и постоянное пломбирование канала. Операцию выполняют под местной анестезией. Проводят разрез через слизистую оболочку и надкостницу. Слизисто-надкостничный лоскут отделяют распатором. Трепанацию и удаление костной стенки альвеолы производят долотами или специальными шаровидными борами (фрезами). Резекцию верхушки корня проводят на 1/3 его длины,

перпендикулярно оси корня и удаляют гранулему, кюретаж. После этого полость промывают растворами антисептиков, слизисто – надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют узловыми швами.

Ампутацией корней зубов называют один из методов терапии хронического воспаления тканей, окружающих корни (периодонтит). Во время операции специалисты удаляют не целую, а лишь пораженную часть корня - ровно до того места, где он переходит в коронку. Во время операции осуществляется надрез десны, корень зуба извлекают и отсекают. Образовавшуюся полость заполняют костнообразующим материалом. На десну накладывают швы.

Сохранение одного или двух корней в многокорневых зубах называется **коронарно-радикулярной сепарацией**. Суть операции заключается в разделении корней путем рассечения ствола и коронки зуба. Данный метод применяется при поражении кариесом места расхождения корней (область бифуркации) для дальнейшего лечения. Задача операции – превратить один зуб с двумя корнями в два однокорневых, открыв доступ к пораженному участку для дальнейшего лечения. Данная операция используется только на молярах нижней челюсти. Операции предшествует механическая, медикаментозная обработка каналов зуба с последующей постоянной пломбировкой каналов.

Операцию проводят под местной анестезией. С помощью алмазного бора распиливают коронковую часть и корень по бифуркации. Далее проводят механическую и антисептическую обработку костной раны.

Мне разъяснено и понятно, что до начала хирургического лечения необходимо провести профессиональную гигиену полости рта, лечение кариеса, замену старых пломб. Указанные вмешательства выполняются по согласованию со мной за отдельную плату с предварительным получением информированного добровольного согласия.

Выбор методов медицинского вмешательства, а также необходимых мне 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 в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Совместно с врачом я имел(а) возможность выбрать из всех вариантов лечения наиболее рациональный вариант. Врач объяснил мне, что, если я не желаю выполнять зубосохраняющие операции, я могу отказаться от них. **Последствия отказа:** прогрессирование имеющегося у меня заболевания, развитие периостита (флюса), инфекционных осложнений; появление болевых ощущений; разрушение костной ткани; удаление зуба (зубов); обострение системных заболеваний организма. Я понимаю, что невозможно точно установить сроки и объемы лечения ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения. Окончательный объем операции может отличаться от первоначального как в сторону уменьшения, так и в сторону расширения объема оперативного вмешательства; кроме того, в ходе операции может возникнуть необходимость осуществления дополнительного медицинского вмешательства (вмешательств), иных операций, рентгенологических и других специальных исследований.

Мне разъяснена необходимость применения местной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечности десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше. Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

3. Риски, последствия, осложнения. Я понимаю, что хирургическая операция 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 операции: обострение воспалений в ротовой полости; образование рубцов; кровотечение со швов; расхождение швов; образование гноя в зоне вмешательства; повреждение соседних здоровых зубов; подвижность, шатание оставшейся части зуба; отечность десен; повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации; увеличение лимфатических узлов; инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы; воспалительные процессы общего характера (например, сепсис); аллергические реакции, коллапс, анафилактический шок. Указанные состояния могут потребовать дополнительного стоматологического лечения. Вышеуказанные осложнения могут быть обусловлены анатомо-физиологическими особенностями моего организма, наличием хронического либо острого патологического процесса (заболевания). В послеоперационном периоде возможно возникновение неприятных болезненных ощущений, развитие кровотечения, сохранение отека. Послеоперационный восстановительный период является индивидуальным по длительности и характеру течения, может замедляться при наличии возникших осложнений; кроме того, процесс заживления может протекать при наличии неприятных болезненных ощущений разной степени интенсивности в зоне оперативного вмешательства и зависит от индивидуальных особенностей строения моей зубочелюстной системы и возраста. Мне понятно, что указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя. Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течение нескольких дней и более.

4. Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства: любые основания для отказа от хирургического вмешательства; любые противопоказания к местной анестезии; нарушения свертываемости крови;

резорбция костной ткани у всех корней зуба; наличие острых инфекционных заболеваний слизистой оболочки рта и общих инфекционных заболеваний 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 (перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п.). Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

5. **Предполагаемые результаты лечения.** Ожидаемым результатом зубосохраняющих операций является достижение целей лечения, предупреждение развития осложнений.

6. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров по методу, рекомендованному врачом. При отказе от рентген-обследования (включая трехмерную компьютерную томографию) врач не сможет провести качественное лечение и исключить осложнения после лечения.

7. Я понимаю, что гарантийный срок на хирургическое лечение не устанавливается.

8. Врач объяснил мне, что после операции: в течение 3-5 суток не рекомендуется заниматься активным физическим трудом; в течение 2-4 часов не рекомендуется пить и принимать пищу; в течение первых 5 суток после операции принимать пищу на поврежденной стороне, принимать горячую пищу и напитки; в первые три дня рекомендуется жевать только на здоровой стороне челюсти, употребляя при этом только мягкую пищу, нагретую до комнатной температуры; с целью предотвращения спазма сосудов необходимо отказаться от курения в ближайшие 5 часов (а лучше в течение 5-10 дней) после операции; не употреблять алкоголь на протяжении первых суток (а если назначены антибиотики, то исключить спиртные напитки необходимо на весь курс лечения – согласно инструкции к препарату); исключить из рациона соленые, острые и кислые продукты, которые раздражают слизистую оболочку ротовой полости.

Категорически запрещается: греть травмированную область каким-либо образом (прием горячей ванны тоже следует исключить); заниматься интенсивным физическим трудом; открывать рот особо широко; предпринимать попытки проникнуть в рану при использовании посторонних предметов. Для облегчения болевого синдрома может быть показан прием болеутоляющих, противовоспалительных и/или антибактериальных препаратов. 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 в врачом, так как это может ухудшить мое состояние.**

9. 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.

10. Невыполнение врачом рекомендаций врача или выполнение их не в полном объеме, может привести к увеличению сроков лечения и как следствие, увеличению стоимости лечения. Я согласен(на) тщательно выполнять рекомендации врача в процессе лечения, понимая, что невыполнение или ненадлежащее их выполнение чревато ухудшением состояния моего здоровья и может повлиять на результат лечения. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

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

12. 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.

13. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью моей 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: _____ / _____