

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОВ

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 «КораллДент» (ОГРН 1183025003776), далее именуемое – «Исполнитель» и ознакомился(лась) с предлагаемым планом лечения, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) отказаться от лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Доктор поставил мне (моему представляемому) следующий диагноз: _____ (заполняется врачом)

Мне известно, что вариантами стоматологического лечения являются следующие методики: терапевтическое лечение (лечение зубов с целью их сохранения), хирургическое лечение (комплекс мероприятий, направленных на сохранение зубов, а так же удаление зубов), ортопедическое лечение (восстановление целостности зубного ряда ортопедическими конструкциями), пародонтологическое лечение (лечение тканей, окружающих зуб и слизистой оболочки полости рта), имплантация (восстановление целостности зубного ряда искусственным корнем из высокотехнологичного материала - имплантатом), ортодонтическое лечение (исправление и предупреждение нарушения положения зубов и аномалий прикуса) и отсутствие лечения как такового. В доступной форме, я получил(а) информацию о том, что с учетом имеющейся у меня (моего представляемого) клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений организма оптимальным, наиболее эффективным методом лечения с позиции медицинских показаний является пародонтологическое лечение(вмешательство): _____

(метод вмешательства, заполняется врачом)

Врач доступно объяснил мне, что основной причиной заболевания пародонта является ослабление защитных сил организма за счет хронических заболеваний, поэтому необходимо выявлять и лечить эти заболевания. В противном случае, вероятность успешного пародонтологического лечения будет значительно ниже.

Основной задачей пародонтологического лечения является удаление микроорганизмов, находящихся на воспаленных тканях, в зубном налете, зубном камне, в поддесневых карманах, в остатках пищи под зубными протезами (мостами) и нависающими краями пломб.

Мне понятно, что пародонтологическое лечение проводится с целью сохранения зубов, оздоровления полости рта и всего организма в целом. Мне объяснено в доступной форме, что в ходе пародонтологического лечения могут быть использованы следующие методы:

1. консервативные:

- полировка зубов;
- медикаментозная обработка (обработка, обработка пародонтальных карманов растворами антисептиков, аппликации мазей и лекарственных пленок);
- снятие зубных отложений (удаление твердых и мягких зубных отложений ультразвуком, ручными инструментами, аппаратом Вектор, пескоструйным аппаратом, вращающимися щетками с пастой);
- закрытый кюретаж зубодесневых карманов (удаление патологических тканей из пародонтальных карманов без проведения разрезов десны);
- плазмолифтинг (введение в ткани пародонта аутоплазмы пациента, обогащенной тромбоцитами с целью стимуляции восстановительных процессов);
- шинирование зубов (скрепление подвижных зубов с помощью стекловолокна и композитных материалов с целью их фиксации);
- избирательное шлифование зубов (выявление и устранение завышающих контактов при помощи бормашины).

2. хирургические:

- открытый кюретаж зубодесневых карманов(последовательное обезболивание, разрезы десны, отслоение лоскута с целью полного удаления поддесневых зубных отложений и патологических мягких тканей, наложением швов);
- лоскутная операция - пластика рецессии десны, направленная на закрытие обнаженных корней, создание благоприятных десневых условий вокруг зубов (имплантатов), создание эстетичных корней десен, заключающаяся в проведении разреза мягких тканей, отбрасывании лоскута, подсадки трансплантата (собственной ткани), забранной из другого участка полости рта, или нанесении специальных препаратов, зашивании раны. Возможно формирование лоскута, его смещение и фиксация в новом положении;
- наращивание костной ткани, которая заключается в удлинении коронковой части путем разреза мягких тканей под анестезией, отбрасывании лоскута с последующей хирургической обработкой костной ткани в участке костного дефекта и поверхности корня, заполнении дефекта собственной костью или костью - пластическим материалом, изоляции

пародонтологической мембраной, ушивании операционной раны мягких тканей с использованием одного из шовных материалов.

Хирургическое лечение заболеваний пародонта в отличие от консервативного лечения позволяет полностью удалить зубные отложения и патологически измененную ткань десны из глубоких пародонтальных карманов. Операции по восстановлению костной ткани проводят только после стабилизации воспалительного процесса.

Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о возможных альтернативных методах лечения их недостатках и преимуществах.

Я информирован(на), что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции, его расширение, уменьшение или отказ от запланированного плана и объема.

Доктор доступно для моего понимания объяснил, что при использовании данного метода имеется вероятность возникновения непредвиденных обстоятельств, в связи с тем, что специфика медицинской услуги предполагает вмешательство в биологические процессы, не контролируемые в 100% случаев волей человека и не изученные окончательно современной медицинской наукой.

Я информирован (а) о вероятности возникновения во время проведения пародонтологической манипуляции и после, по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, таких осложнений как:

- повышенная чувствительность зубов;
- отторжение костного, слизистого трансплантата;
- большее оголение шеек и корней зубов;
- увеличение подвижности зубов с последующим их удалением;
- осложнения оперативного лечения, обусловленные наличием уже имеющегося хронического, или острого патологического процесса челюстно-лицевой области;
- экспозиция мембраны, которая предусматривает ее удаление;
- кровоточивость в послеоперационном периоде;
- возникновение кровоизлияния в мягкие ткани и т.п.;
- возникновение воспалительных, инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис), которые потребуют госпитализации в стационар.

Основные осложнения обусловлены в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями моего (моего представляемого) организма, а также неудовлетворительной гигиеной полости рта.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания и понимаю, что не всегда возможно поставить точный диагноз. Я осознаю, что возможно изменение объемов и сроков лечения в процессе пародонтологического вмешательства могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Я информирован, что следствием отказа от предложенного лечения могут быть:

- прогрессирование настоящего заболевания;
- развитие кариеса зубов и его осложнений;
- появление, или нарастание болевых ощущений;
- потеря зуба(ов);
- развитие инфекционных осложнений;
- системные проявления заболевания, что в итоге может неблагоприятно повлиять на мое (моего представляемого) здоровье, ухудшить качество жизни.

Я понимаю, что определить промежуток времени возникновения данных осложнений не представляется возможным в связи с тем, что биологические процессы, не подконтрольны в 100% случаев воле человека, и зависят от индивидуальных особенностей моего организма, клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений.

Мне доступно разъяснены возможные отрицательные последствия отказа от данного медицинского вмешательства, и Я полностью понимаю все возможные последствия такого отказа, исходящего от меня, если лечение не будет проведено.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул.

Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение данного анестезиологического медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечнососудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода в виде летального.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений:

- аллергические реакции организма на медикаментозные препараты;
- обморок, коллапс, шок;
- травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами;
- невралгиями и постинъекционными гематомами.

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией моего организма на него. Введение раствора проводится при помощи иглы, что может сопровождаться травмой мягких тканей и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограниченное открывание рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание может быть затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Я информирован о том, что в этих случаях, при моем правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Т.к. в этом случае он не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги (ФЗ «О защите прав потребителей») и нарушает право пациента на гуманное отношения при оказании медицинской помощи (часть 5 статьи 19 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я информирован о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности. Я информирован, что клиника оснащена всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантомограммы, денальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен (а) на их проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию:

- беременность на протяжении всего срока и период лактации;
- пребывание в зонах радиоактивных катастроф;
- проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени;
- выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений.

Рентгенография детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Мне сообщено, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях: движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.) необходимо выполнение повторного рентгеновского снимка. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок. Для практически здоровых лиц годовая эффективная доза при проведении профилактических медицинских рентгенологических процедур и научных исследований не должна превышать 1 мЗв (1000μЗв). 1 обследование КТ - 80μЗв, ОПТГ- 80μЗв, RVG(прицельный)- до 12μЗв.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского специалиста, участие которого в моем (моего представляемого) лечении будет необходимо.

Я понимаю, что невозможно точно установить сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека, и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания медицинской помощи.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего (моего представляемого) организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я информирован, что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого терапевтического лечения. Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я получил(а) полную информацию о гарантийных обязательствах на стоматологические услуги и ознакомлен(а) с условиями их предоставления (Положение о гарантиях ООО «Кораллдент»), которые обязуюсь соблюдать.

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом, являющимся приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг и неотъемлемой частью амбулаторной карты (ф.043У).

Пациент/Законный представитель пациента:

Подпись: _____/_____

Врач:

Подпись: _____/_____

Дата: {ДатаПолная}