

**ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1 г. Белгорода»**  
**Информированное добровольное согласие на пародонтологическое лечение (медицинское вмешательство).**

Я, \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. г.р., зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_), находясь на лечении (обследовании), на основании статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для получения медицинской помощи в ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1» г. Белгорода даю информированное добровольное согласие на пародонтологические медицинские вмешательства:

(название медицинского вмешательства)

И прошу персонал медицинского учреждения об их проведении.

Медицинским работником: \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

(далее – врач) в доступной для меня 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.

Пародонтологическое лечение имеет своей целью устранение очагов инфекции в полости рта с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма. В ходе лечения могут быть использованы консервативные методы (полировка зубов, медикаментозная обработка зубов, снятие зубных отложений, закрытый кюретаж зубодесневых карманов), хирургические методы (открытый кюретаж зубодесневых карманов – лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны), ортодонтические и ортопедические методы (шинирование, протезирование).

Мне разъяснено и я осознаю, что во время проведения профессиональной гигиены полости рта и пародонтологического лечения могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (-на) на то, что ход вмешательства может быть изменён врачами по их усмотрению.

Я информирован (-а) о факторах риска, о возможных вариантах последствий (осложнений): при проведении процедуры пародонтального зондирования (измерения глубины) десневых карманов возможно возникновение болевых ощущений, перфорация десны, появление гематомы, абсцесса (при наличии наддесневых зубных отложений); после проведения пародонтологического лечения возможно появление онемения в области языка, губ; появление чувства жжения, болезненности, дискомфорта, нарушения функций глотания, жевания и речи; болевые ощущения в течение послеоперационного периода; сохранение припухлости мягких тканей; повышенная чувствительность зубов; отторжение костного, слизистого трансплантата; большее оголение шеек и корней зубов; увеличение подвижности зубов с последующим их удалением; натяжение, трещины в уголках рта; повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации; ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов; усугубление патологии ВНЧС при ее наличии, 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.

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, несмотря на минимизацию риска их наступления и понимаю, что проведение пародонтологического лечения сопряжено с: болью; риском потери крови; возможностью инфекционных осложнений; возможностью нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма; возможностью развития воспаления в области вмешательства; возможностью неблагоприятного исхода.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зубов, а также системные проявления заболевания.

В этом случае врач гарантирует оказание полного объема медицинской помощи для решения возникших проблем и при необходимости – привлечение других специалистов.

Альтернативой данного лечения являются: удаление пораженного зуба; отказ от лечения.

Пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеют высокий процент клинического успеха, однако, в связи с тем, что они являются биологическими процедурами, они не могут иметь стопроцентной гарантии успеха.

Я предупрежден (-а), что для достижения оптимального результата лечения, могут потребоваться повторные вмешательства в т. ч. в связи с возможными последующими осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю своё согласие на это.

Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения данной услуги, в случае их наступления, устраняемые надлежащим образом, не являются вредом здоровью.

Я поставил (-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесённых мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил (-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я понимаю, что для проведения качественного медицинского вмешательства необходимо проведение рентгенологического обследования. Его проведение мне гарантировано в соответствии с требованиями СанПин.

Мне разъяснено, что перед пародонтологическим вмешательством я имею право отказаться от него за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я предупрежден (-а) и осознаю, что отказ от пародонтологического вмешательства, его прекращение по моему требованию, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций врача, режима приёма препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Чтобы способствовать своевременному обнаружению осложнений и избежать их усугубления, я обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками если это необходимо для оказания мне медицинской помощи.

Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил(а) на них удовлетворительные ответы.

Предоставляю ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1 г. Белгорода» право осуществления фото- и видеофиксации, диагностики, консультации, лечения и оперативного вмешательства безвозмездно и без ограничений времени использования моего фото- и видеоизображения.

Разрешаю, в случае необходимости, (ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), предоставить информацию о моём диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, иным лицам:

(Ф. И. О.)

Я осведомлён о возможных осложнениях во время действия анестезии и при приёме анальгетиков и антибиотиков.

Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Я имел (-а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил (-а) исчерпывающие ответы.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Подпись

Ф. И. О. гражданина, законного представителя

Подпись

Ф.И.О. мед.работника

«-----» -----20---- года. Дата оформления информированного добровольного согласия.

Этот раздел заполняется в случае отказа от медицинского вмешательства.

От подписи бланка добровольного информированного согласия на отказ от проведения медицинского вмешательства отказался (отказалась):

**Консилиум врачей в составе:**

Должность, Ф.И.О. и подпись

Должность, Ф.И.О. и подпись

Должность, Ф.И.О. и подпись

Дата: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

Дата.	Диагноз.	Подпись врача.	Подпись пациента.

