Приложение 16
к Договору на оказание
платных медицинских услуг
редакция от 01.11.2024

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на медицинское вмешательство - лечение заболеваний тканей пародонта в ООО «Аль Денте»

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____(ФИО пациента либо законного представителя), **соглашаюсь** с тем, что медицинское вмешательство пациенту _____(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона) будет проводить врач стоматолог ООО «Аль Денте» _____

Я, как Пациент (Заказчик/Законный представитель Пациента), обращаюсь в ООО «Аль Денте» для проведения Пародонтологического лечения. Этот документ подтверждает, что я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым планом, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данной процедуры.

Целью пародонтологического лечения является снятие воспалительного процесса, устранение очагов инфекции в полости рта для продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма.

Успех пародонтологического лечения зависит от числа и расположения опорных зубов, степени их подвижности, состояния маргинальных тканей десны и деструктивных изменений костной ткани альвеолярного отростка. В процессе лечения происходит:

• устранение этиотропных факторов (устранение причины возникновения заболевания);

• осуществление постоянного контроля зубных отложений (налета и камня) в течение всего курса лечения, а также усиление роли самого пациента в вопросах индивидуальной гигиены;

• проведение хирургического вмешательства на пародонте для устранения пародонтальных и костных карманов, максимально восстанавливая физиологию десневых и костных контуров. Создание адекватных зон прикрепления десны для снятия дополнительной травмы на ткани пародонта;

• устранение межкорневых инвазий (изменений) с помощью пародонтологических и эндодонтических процедур;

• регулярное наблюдение пациентов на этапе ремиссии.

Я, получая разъяснения по поводу диагноза пародонтит, получил(а) информацию об: особенностях течения заболевания, о вероятной длительности лечения и его результате.

Я даю добровольное согласие на проведение необходимых лично мне видов обследования и лечения:

1. Осмотр челюстно-лицевой области и полости рта.
2. Составление пародонтальной карты с помощью пародонтального зонда, которая необходима для выявления наличия пародонтальных карманов, определения их глубины, наличия рецессии десны, кровотечения и нагноения при зондировании пародонтальных карманов, подвижности зубов.
3. Компьютерную томографию верхней и нижней челюстей или ортопантограммы с целью определения изменений в костной ткани при пародонтите.
4. Определение микрофлоры пародонтальных карманов с определением чувствительности к антибиотикам.
5. Проведение профессиональной гигиены — удаление зубных отложений с использованием ультразвука, соды (Эйр-флоу), полировку зубов пастами, покрытие зубов препаратами для снижения их чувствительности с фторирующим или минеральным составом, обучение и контроль индивидуальной гигиены полости рта, определение индексов гигиены.
6. Ирригацию пародонтальных карманов растворами антисептиков, что способствует механическому очищению пародонтальных карманов от пищевых остатков, гноя, вымыванию микрофлоры.
7. Полировку корней и удаление с их поверхности микробной биопленки с помощью аппарата «Вектор».
8. Санацию пародонтальных карманов с использованием лазера, который имеет противоотечное действие, активирует метаболизм в тканях, стимулирует регенерацию тканей.
9. Закрытый кюретаж пародонтальных карманов с использованием кюрет для сглаживания поверхности корня и удаления инфицированного цемента корня и поддесневых минерализованных зубных отложений, удаления грануляционной ткани, которая разрастается в результате хронического воспаления в пародонтальном кармане, вегетирующего эпителия десневой борозды воспаленной соединительной ткани стенки кармана, а также обработку поверхности корней зубов после кюретажа.
10. Открытый кюретаж пародонтальных карманов с использованием кюрет для сглаживания поверхности корня и удаления инфицированного цемента корня и поддесневых зубных отложений.
11. Шинирование подвижных зубов *временная шина) — конструкция, использующаяся для иммобилизации группы зубов или всего зубного ряда на время лечения заболевания пародонта до начала постоянного шинирования. При ношении шины за ней необходим определенный уход: чистить вокруг шины зубы необходимо с помощью ершиков, суперфлосса; откусывать пищу зубами, на которых зафиксирована шина, нельзя. Пищу класть в рот кусочками; при сколе материала, фиксирующего шину или разрыве самой шины необходимо запланировать визит к пародонтологу на осмотр и, при необходимости, для коррекции шины; лечение обязательно должно быть с этапом ортопедической реабилитации с восполнением жевательной функции.
12. Вскрытие пародонтального абсцесса- проводится с целью дренирования его через край (выведение гноя из тканей).

13. Гингивэктомия — иссечение части десны. Проводится с целью удаления разросшейся десны (гипертрофированной десны), по ортопедическим и эстетическим показаниям.

14. Избирательное пришлифовывание зубов (выведение их из суперконтактов — травматических узлов окклюзии, при которых определенные зубы путем сошлифовывания твердых тканей выводятся из состояния повышенной нагрузки).

Последствиями отказа от лечения могут быть: воспаление десны, образование кариеса, изменение цвета зубов, неприятный запах изо рта, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов), а также системные проявления заболевания.

Альтернативой данного лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов), отказ от лечения как такового.

Я информирован(а) обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время профессиональной гигиены полости рта, пародонтологического лечения и при проведении хирургической операции на пародонте, в т.ч.:

- возможности болевых ощущений после процедуры и в течение послеоперационного периода;
- возможности припухлости мягких тканей десны, отек, гематома;
- возможности расхождения швов в послеоперационном периоде;
- повышения температуры тела и наличие симптомов интоксикации;
- ограничения открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
- обнажение шеек зубов и изменение рельефа десневого края;
- увеличение подвижности зубов;
- повышение чувствительности зубов.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во времени лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(на) на их проведение.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты, и я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья заполнена мной лично. Я понимаю, что несу ответственность за умышленное сокрытие пли искажение сведений о моём здоровье. Я проинформировал(а) медицинского работника обо всех случаях аллергических реакций, предоставил(а) сведения о состоянии здоровья на момент подписания настоящего согласия и в прошлом, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о постоянно и периодически принимаемых лекарственных средствах (инъекциях, мазях, назальных/глазных каплях, пищевых добавках), назначенных врачами другого лечебного учреждения пли принимаемых самостоятельно, об употреблении алкоголя, наркотических и иных токсических средств. Мне известно, что не предоставление информации о состоянии здоровья может повлиять на эффективность и результаты медицинского вмешательства, и я предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника Клиники, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Подпись пациента / ФИО (либо законного представителя): _____ / /

Дата: «____» _____20__г. Врач стоматолог - _____ _____ / /

---------- либо ----------

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Подпись пациента / ФИО (либо законного представителя): _____ / /

Дата: «____» _____20__г. Врач стоматолог - _____ _____ / /