Разработан в соответствии с положениями статьи 20 ФЗ №323

«Об охране здоровья граждан» от 21.11.2011

**ООО «Профессиональная стоматология»**

**ПРИЛОЖЕНИЕ К ДОГОВОРУ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_**

**Информированное добровольное согласие**

**на пародонтологическое лечение.**

Этот документ разработан в соответствии со ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента, законного представителя), обращаюсь в **ООО «Профессиональная стоматология»** для оказания мне/лицу, законным представителем которого я являюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. представляемого, число, месяц, год рождения) для оказания стоматологической помощи.

Этот документ подтверждает, что я ознакомился(ознакомилась) 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)*

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 пародонтологического 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.

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), лазеротерапия (устранение микробного содержимого пародонтальных карманов и стимуляция восстановительных процессов), 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 пришлифовывание 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 десенных 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, зашивании раны. Возможно формирование лоскута, его смещение и фиксация в новом положении. *наращивание костной ткани,* которая заключается в удлинении коронковой части зуба 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 костнопластическим материалом, изоляции пародонтологической мембраной, ушивании операционной раны мягких тканей с использованием одного из шовных материалов.

Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о возможных альтернативные 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 либо 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 так же неудовлетворительной гигиеной полости рта .

Я информирован, что следствием отказа от предложенного лечения могут быть: прогрессирование настоящего заболевания, развитие кариеса зубов и его осложнений, появление, либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов), развитие инфекционных осложнении, системные проявления заболевания. что в итоге может неблагоприятно повлиять на мое(моего представляемого) здоровье, ухудшить качество жизни.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. 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. 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(ч.5. ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантомограммы, дентальной 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 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 и стоимость выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека, и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания медицинской помощи.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на стоматологические услуги и ознакомлен(а) с условиями предоставлении гарантии (Положение о гарантиях ООО «Профессиональная стоматология»), которые обязуюсь соблюдать. Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом, являющимся приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг.

**Подпись пациента\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

подпись ФИО

**Врач**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**специализация врача подпись ФИО**

**\*При возрасте пациента до 15 лет требуется подпись законного представителя; при возрасте от 15 до 18 лет требуются подписи Пациента и законного представителя Пациента**