#  ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина или его законного представителя. Данное **информированное добровольное согласие пациента на проведение медицинского вмешательства пародонтологического лечения,** является Приложением к медицинской карте стоматологического больного

*(указывается полностью ФИО пациента)*

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет**, или недееспособных граждан: Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения*

до начала лечения тканей, окружающих зуб (пародонта), получил (а) от врача информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Врач, после диагностического обследования, обосновал необходимость проведения пародонтологического лечения и профессиональной гигиены полости рта.

 Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений в зубах и деснах; кровоточивость и гноетечение в области десен, появление стойкого неприятного запаха, изменение положения зубов, появление их патологической подвижности, вплоть до потери зубов, изменение структуры кости в области зубов, убыль костной ткани, нарушение функции жевания и речеобразования.

Врач разъяснил, что пародонтологическое лечение направлено на устранение хронических очагов инфекции в тканях, окружающих зуб и имеет своей целью сохранение функции зубов как можно дольше, продление срока службы пломб, зубных протезов, профилактику рецидивов заболеваний пародонта, оздоровление полости рта. В ходе лечения заболеваний пародонта могут быть использованы консервативные методы (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, десневые повязки, инъекции лекарственных препаратов, закрытый кюретаж зубодесневых карманов), хирургические методы (открытый кюретаж зубодесневых карманов – лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны и т.п.), ортодонтические и ортопедические методы (шинирование зубов, протезирование зубов). Выбор метода лечения проводится врачом, с учетом имеющихся показаний, на основании данных диагностики.

Я понимаю, что данное лечение является вмешательством в биологический организм, и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что предсказать точный результат планируемого лечения невозможно. Благоприятным исходом лечения заболевания пародонта, в стоматологической практике, принято считать: улучшение, остановка или замедление патологического процесса. На исход лечения и прогноз влияет стадия процесса, тяжесть заболевания, местные факторы (целостность зубных рядов, качество индивидуальной гигиены и т.п.), общее состояние организма (наличие хронических очагов инфекции, появления или обострение общесоматических заболеваний). Я проинформирован(а), что при невыполнении рекомендаций врача, нарушении режима посещения врача (в т.ч. с целью профилактики обострения хронического процесса), повышается степень риска ухудшения состояния тканей, окружающих зуб, а так же невозможность поддержания достигнутых параметров качества лечения.

В случае необходимости проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне необходимую информацию, касающуюся анестезии (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.).

Кроме того, врач разъяснил необходимость проведения рентгенологического исследования (в т.ч, для диагностики и контроля качества лечения), объяснил цель и суть данной методики, а так же получил мое согласие на его проведение.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному варианту лечения. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация донесена до меня в понятной и доступной форме.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Пациент

*(подпись пациента, либо законного представителя, Ф.И.О.)*

## Врач

*(подпись лечащего врача, Ф.И.О.)*

М.П.

## Дата «\_ » 2020г.