

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество гражданина, одного из родителей ребенка до 15 лет, иного законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на предложенное мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть)

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка (до 15 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель)
медицинское вмешательство Пародонтологическое лечение,
(наименование вида медицинского вмешательства)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно нижеследующем:

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 (в том числе, компьютерной системы Флорида Проуб), 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 препаратом Префгель.
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, используемая 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.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезбоживания 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 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезбоживания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

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

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время 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.

Я информирован(а) о необходимости в течение 24 часов после операции соблюдать полный покой: не работать и не управлять автомобилем, не жевать и не разговаривать.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима, в оговоренные сроки.

Я осознаю ответственность за сохранение своего здоровья и обязуюсь соблюдать правила личной гигиены полости рта и соблюдать все рекомендации врача, а также согласен(а) 2 раза в год являться на профилактические осмотры и для проведения профессиональной гигиены.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке, действующем на пародонтологическое лечение и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы на них. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью моей медицинской карты (истории болезни) пациента и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения заболевания пародонта на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ Дата « ____ » _____ 20__

Подпись врача: _____ Дата « ____ » _____ 20__