Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство
(лечение заболеваний пародонта, слизистой оболочки полости рта (далее СОПР)

Я,_____

Ф.И.О. пациента

в соответствии с требованиями ст.20 Федерального закона « Об основах охраны здоровья граждан в РФ», **даю информированное добровольное согласие** на медицинское вмешательство- **лечение заболеваний пародонта, СОПР**

Лечащим врачом - специалистом в АУЗ УР « РСП МЗ УР» в доступной для меня форме мне разъяснены:

Цели оказания медицинской помощи:

Купирование воспалительного процесса в пародонте, удаление патогенных микроорганизмов, предупреждение дальнейшего развития патологического процесса, устранение болевых ощущений, сохранение и восстановление функции зубочелюстной системы, сохранение целостности зубного ряда.

Метод оказания медицинской помощи.

Проведение профессиональной гигиены полости рта, удаление над и поддесневых зубных отложений, устранение факторов, способствующих поддержанию воспалительного процесса в пародонте (нависающие края пломб, кариозные полости, клиновидные дефекты),устранение преждевременных контактов(функциональное избирательное пришлифовывание), назначение и проведение противомикробной и противовоспалительной терапии, обучение индивидуальной гигиене полости рта. Удаление над и поддесневых зубных отложений, удаление грануляций, проводиться под местной анестезией, ручным способом или ультразвуковым наконечником с применением крючков, экскаваторов, кюрет, шлифовальных дисков и штрипсов, циркулярных щеток, полирующих паст.

Связанный с методами риск.

В процессе лечения и после лечения возможно возникновение следующих осложнений:

- аллергические реакции;
- гиперстезия (повышенная чувствительность зубов);
- оголение корня зуба;
- подвижность зуба;
- удаление зуба;
- появления гематомы в области зондирования.
- противопоказаниями для удаления над и поддесневых зубных отложений с помощью ультразвука являются:
  наличие кардиостимулятора, хронических инфекций (туберкулез, СПИД, венерические заболевания), инфекционного гепатита, респираторных и вирусных инфекций.

Возможные варианты медицинских вмешательств:

Удаление над и поддесневых зубных отложений проводиться под местной анестезией (при необходимости), ручным способом или ультразвуковым наконечником с применением крючков, экскаваторов, кюрет, шлифовальных дисков и штрипсов, циркулярных

щеток. Ручной способ удаления зубных отложений применяется в области металлокерамических, керамических, композитных реставраций, имплантатов.

Периодичность проведения профессиональной гигиены полости зависит от стоматологического статуса пациента.

Предполагаемый результат лечения.

Я информирован(-а) о необходимости строго следовать этапам лечения, важности соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также о необходимости полного восстановления целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций.

Ожидаемый эффект лечения заболеваний пародонта выражается в купировании болевых симптомов и переходе заболевания в ремиссию.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.

Последствиями отказа от предложенного стоматологического лечения могут быть: развитие и прогрессирование основного воспалительного патологического процесса в пародонте и на СОПР; появление нового воспалительного патологического процесса челюстно-лицевой области; появление новых острых воспалительных патологических процессов в околозубных и околочелюстных тканях; снижение и/или утрата функциональной способности зубочелюстной системы; снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики и нарушение функции речи; потеря зуба (-ов); появление и/или усиление болевого синдрома; развитие и/или обострение общесоматических системных заболеваний.

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Лечащим врачом даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы._____

Ф.И.О. пациента: _____Ф.И.О. лечащего врача:_____

(подпись) (подпись)

Дата:«___ » _____ 20_____г.

Я даю информированное добровольное согласие по форме и содержанию, подписанного мною ранее, а именно

«___» _____ 20___г., на предложенное мне медицинское(-ие) вмешательство(-а):лечение заболеваний пародонта, СОПР

Дата	Диагноз/МКБ X	Вид вмешательства	Ф.И.О. и подпись лечащего врача	Ф.И.О. и подпись пациента