**Информированное добровольное согласие**

**на пародонтологическоелечение**

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

Я, **,** настоящим подтверждаю, что в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания:

K05.0 Острый гингивит □ K05.4 Пародонтоз

K05.1 Хронический гингивит □ K05.5 Другие болезни пародонта

K05.2 Острый перикоронит □ K05.6 Болезнь пародонта неуточненная

K05.3 Хронический пародонтит □ K03.6 Отложения, наросты на зубах

Я информирован(а) лечащим врачом о необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта и пародонтологического лечения, которое имеет своей целью устранение очагов инфекции в полости рта с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирование заболевания, возникно­вение новых пародонтологических заболеваний, кариеса зубов, пульпита и периодонтита, развитие инфекционных осложнений, появле­ние либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба(ов), системные проявления заболевания. Так же возможно прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функций речи, развитие заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и желудочно-кишечного тракта.

Я был(а) информирован(а) о том, что в ходе лечения могут быть использованы следующие методы лечения:

консервативные методы: снятие зубных отложений ручными инструментами и ультразвуковыми скалерами, полировка зубов щеточками и с помощью воздушно-абразивной методики, медикаментозная обработка и закрытыйкюретажпародонтальных карманов. Эти процедуры выполняются с помощью различных инструментов и аппаратов, таких как ультразвуковой скалер, аппараты “Piezon-Master”, “Vector”, “AirFlow”

хирургические методы: открытый кюретажпародонтальных карманов, лоскутная операция (участок десны разрезается и отслаива­ется, проводится более глубокая очистка пародонтальных карманов), наращивание костной ткани, пластика десны; На данные виды медицинского вмешательства мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добро­вольные согласия.

ортодонтические и ортопедические методы: шинирование (ограничение подвижности зубов путем их скрепления друг с другом), протезирование зубов. На данные виды медицинского вмешательства мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов) при тяжелой степени заболевания или отсутствие лечения вообще.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что хотя пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеют высокий процент клини­ческого успеха, тем не менее, это биологическая процедура и поэтому она не может иметь стопроцентной гарантии на успех. При оказании пародонтологической помощи результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

При этом врачом мне было доступно разъяснено, что удовлетворительный результат лечения обычно предполагает:

* значительное снижение выраженности клинических проявлений воспалительного поражения десны;
* уменьшение глубины пародонтальных карманов при зондировании;
* стабилизацию или увеличение клинического прикрепления зуба;
* устранение клинически определяемого налета до уровня, обеспечивающего здоровое состояние десен;

Врач объяснил мне, и я понимаю, что эффективность лечения пародонта зависит от тщательного соблюдения мною индивидуальной гигиены, своевременного проведения профессиональной гигиены и профилактических осмотров у лечащего врача. Контрольный осмотр необходимо проводить через 3 месяца после лечения, профессиональную гигиену через 6 месяцев. В последующее время необходимо каждые полгода проводить контрольный и профилактический осмотры лечащим врачом и гигиенистом.

Осложнением пародонтологического лечения является появление онемения в области языка, губ, появление чувства жжения, болез­ненности, нарушение жевания.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после проведения пародонтологического лечения являются болевые ощуще­ния в области вмешательства, и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Также я предупрежден о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения. Я имел возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил на них удовлетворяющие меня ответы и, на основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства врачом клиники.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных стоматологических услуг. Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / /

 (подпись пациента) (ФИО полностью)

Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись врача) (ФИО)

Дата «\_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г