

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИОДОНТИТА**

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (сна) с названными мне условиями его проведения

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" ____ " _____ года рождения, проживающий (ая) по
адресу:

<i>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан</i>	
Я, _____	
Паспорт: _____	выдан _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун — <i>нужное подчеркнуть</i>) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:	

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)	

соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить врач стоматолог- _____ (далее по тексту - врач).

(должность, ФИО)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата производится в день проведения медицинского вмешательства по прейскуранту Клиники.

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

№	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1			

Периодонтит – это одно из осложнений кариеса, травм зубов или медицинских манипуляций, в результате чего воспалительный процесс с области зуба переходит на зону периодонта – узкого пространства между зубом и его костной лункой.

Мне разъяснено, что периодонтит можно разделить на две большие группы – острые и хронические. В свою очередь, острый периодонтит бывает: серозным (при формировании острого серозного периодонтита возникают ноющие боли в области конкретного зуба. Постукивание по зубу или откусывание им пищи не вызывает сильных болевых ощущений) и гнойным (дает развитие пульсирующих или разрывающих болей с редким ослаблением, при этом может усиливаться подвижность поврежденного зуба). Хронический периодонтит бывает: фиброзным (не имеет клинических проявлений, в редких случаях может давать небольшое потемнение коронки зуба с ее тусклостью и серым оттенком. Выявляется только на рентгене в области зубов со сформированными корнями), гранулематозным (обычно протекает бессимптомно, имеет свищ для оттока содержимого. На рентгене выглядит как очаг разрушения кости у верхушки зуба диаметром до 5 мм); гранулирующим (проявляется болезненностью при еде или постукивании, при контакте с горячим или при давлении. Слизистая вокруг зуба слегка отечна, красная, свищевой ход от гранулемы зуба может открываться на коже лица).

Мне разъяснено, что относительно месторасположения воспалительного процесса при периодонтите различают: апикальный (или верхушечный) периодонтит, при котором инфекционный очаг расположен между верхушкой корня и стенкой зубной альвеолы; маргинальный (или краевой) периодонтит, в ходе которого воспаление берет свое начало от края поврежденной десны.

Мне разъяснено, что к основным причинам возникновения острого периодонтита относят: острый воспалительный процесс пульпы, который возникает по причине кариозных зубов, периодонтальная и пульповая ткани взаимосвязаны; применение мышьяка с целью девитализации пульпы, что и приводит к воспалительному процессу пульповой ткани в результате токсичного действия пасты мышьяка, который в дальнейшем перемещается в периодонт; использование сильных антисептиков и различных прижигающих средств, которые вводят в корневой канал, что приводит к воспалительным процессам окружающих тканей; попадание большого количества пломбировочного материала в пространство периодонта.

Мне разъяснено, что главными предшествующими факторами развития хронического периодонтита являются: запущенный кариес; пульпит; запущенная форма острого периодонтита. Чаще всего развитие хронической формы периодонтита является следствием острой формы, а также перегрузки тканей в случае травматической окклюзии или адентии. Хроническая форма периодонтита может быть инфекционного или неинфекционного происхождения. Кроме того, в период обострения в области пораженного зуба часто возникает свищевой ход, из которого происходит выделение характерного гнойного экссудата.

Мне разъяснено, что симптоматика острого периодонтита включает: острую боль в области зубов, которая обычно усиливается в момент перкуссии; припухлость щек или губ; образование на поверхности десен отеков (отечного инфильтрата); подвижность зубов; субфебрильную температуру; увеличение в размерах лимфоузлов.

Мне разъяснено, что хроническому периодонтиту характерна следующая симптоматика: болезненность в момент приема пищи (особенно горячей); зубные боли при надкусывании; отечность слизистой рядом с зубом; гиперемированность слизистой ротовой полости; возникновение подслизистой, подкожной гранулемы.

Мне разъяснено, что лечение периодонтита направлено на устранение причин, механизмов и проявлений заболевания.

Мне разъяснено, что методы лечения периодонтита бывают терапевтическими (данный метод лечения нацелен на устранение патогенной микрофлоры, находящейся в эндодонте — комплексе поражённых тканей, включающем пульпу и дентин, которые связаны между собой морфологически и функционально. Поэтому иначе такое лечение называют эндодонтическим); хирургическими (к оперативному лечению прибегают только в случаях неэффективности или невозможности терапевтического лечения. К хирургическим методам лечения относятся: удаление части корня зуба (резекция) — позволяет сохранить зуб, даже если у верхушки корня присутствовала киста; удаление части корня зуба (резекция) удаление корня целиком; удаление корня целиком, с последующим замещением утраченного зуба); и комбинированными.

Мне разъяснено, что тактика лечения зависит от конкретного случая заболевания, от степени выраженности клинических проявлений и от причины возникновения периодонтита.

Мне разъяснено, что манипуляция проводится под местной анестезией.

Мне разъяснены осложнения, которые могут быть вызваны распространением инфекции из периодонтального очага: одонтогенный периостит; одонтогенный абсцесс; одонтогенная флегмона; одонтогенный гайморит; одонтогенный лимфаденит; одонтогенный остеомиелит. Осложнение, вызванное деструктивными изменениями в перерадикулярной кости: вторичная адентия. Осложнение, вызванное формированием свищевого хода: кожные свищи - образование свищевого хода, открывающегося на поверхность кожи.

Мне разъяснено, что в процессе проведения манипуляции несовершеннолетнему пациенту, а также пациенту, страдающему расстройством аутистического спектра, возможны: приступы агрессии/паники, громкий крик, пациент может нанести вред себе и окружающим, проявить другие нестандартные поведенческие реакции.

В доступной для меня форме 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 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

Я подтверждаю, что:

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения манипуляции.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я понимаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и ситуации, которые могут потребовать изменения плана лечения, применения дополнительных методов, чтобы получить по возможности лучший результат, поэтому уполномочиваю врача и выбранных им помощников осуществить это.

Я даю согласие на фотографирование (без лица) зубных рядов при оказании мне (представляемому) стоматологических услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью Клиники.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня (представляемого) правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей (представляемого) медицинской карты.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

(ФИО пациента)

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

(подпись)

« » 20 г. (дата оформления)