



МЧУ «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «РАМБАМ»

127055, гор. Москва, ул. Образцова, д. 11, стр. 2, стр. 5

Тел.: +7(495) 663 23 55

e-mail: info@rimc-rambam.ru

www.rimc-rambam.ru

Лицензия на осуществление медицинской деятельности
№ ЛО-77-01-012493 от 14 июня 2016 г.

Информированное добровольное согласие на пародонтологическое лечение

г. Москва

« ____ » _____ 20__ г.

Я, _____
(Ф.И.О. пациента)

Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель

Я, _____
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента _____

(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня (представляемого) заболевания _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> K05.0 Острый гингивит | <input type="checkbox"/> K05.4 Пародонтоз |
| <input type="checkbox"/> K05.1 Хронический гингивит | <input type="checkbox"/> K05.5 Другие болезни пародонта |
| <input type="checkbox"/> K05.2 Острый перикоронит | <input type="checkbox"/> K05.6 Болезнь пародонта неуточненная |
| <input type="checkbox"/> K05.3 Хронический пародонтит | <input type="checkbox"/> 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:** полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, закрытый кюретаж зубодесневых карманов (процедура очистки десневых или пародонтальных карманов, выполняемая без нарушения целостности десны). Эти процедуры выполняются с помощью различных инструментов и аппаратов таких как ультразвуковой скалер, аппарат «Vector», приборы Эйр Флоу и другие. При помощи ультразвуковых колебаний создается зона, в которой погибают патогенные бактерии, а мельчайшие частицы очищающего порошка (Fluid polish) полируют поверхность корня. С помощью антисептического раствора «карманы» интенсивно промываются. За счет гидродинамического эффекта количество микроорганизмов значительно сокращается, и это без повреждения мягких тканей.

□ **хирургические методы:** открытый кюретаж зубодесневых карманов, т.е. лоскутная операция (участок десны разрезается и отслаивается, проводится более глубокая очистка десневых или пародонтальных карманов), наращивание костной ткани, пластика десны;

На данные виды медицинского вмешательства мне (представляемому) 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 (представляемому) 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, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

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 (**представляемым**) 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 (представляемому) необходимо обратиться в клинику Медицинское частное учреждение «Медицинский центр «Рамбам» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Так же я предупрежден о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом Медицинское частное учреждение «Медицинский центр «Рамбам».

Беседу провел врач _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства
_____ (подпись)

Пациент (представитель пациента) отказался от проведения медицинского вмешательства
_____ (подпись)