

**Информированное добровольное согласие
на проведение коагуляции десны**

г. Бердянск

{ТекущаяДата}г.

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

Я, {ФамилияИмяОтчество}, информирован(а) о способе, цели, характере предполагаемого вмешательства в области _____ зуба(ов). Врач внимательно меня осмотрел, разъяснил преимущества и сложности этого метода лечения.

1. Коагуляция десны — это малоинвазивная процедура, направленная на: остановку кровоточивости десен, устранение избыточной ткани (гиперплазии), лечение пародонтальных карманов, подготовку к протезированию или другим стоматологическим манипуляциям.
2. Возможные риски и осложнения - временная болезненность, отек или покраснение десны, повышенная чувствительность к температурным раздражителям, риск инфицирования (при несоблюдении гигиены), изменение контура или цвета десны, рецидив проблемы (при хронических заболеваниях). В редких случаях — повреждение соседних тканей.
3. Я ознакомил(а) лечащего врача со своими сопутствующими заболеваниями, перечислила медикаменты, которые принимаю.
4. Я проинформировала врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.
5. Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в виде временной потери чувствительности в области обезболивания.
6. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.
7. Введение анестетика проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.
8. Я согласен(а) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.
9. Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемого лечения, включая осложнения.
10. Я понимаю сущность манипуляции и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемой операции, а также способность десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента.
11. Я полностью осознал(а), что во время операции или лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата и даю свое согласие на это.
12. Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом).
13. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
14. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Подпись пациента

Подпись врача

_____ / {ФамилияИО} /

_____ / {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}