

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
лечение заболеваний пародонта**

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

1. Я, {ФамилияИмяОтчество}, получил(а) от своего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении следующего(их) зуба(ов) _____. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого метода лечения.
2. Последствием отказа от данного лечения могут быть: прогрессивные заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов), а также системные проявления заболевания.
3. Мне разъяснили и мне понятно, что при лечении заболеваний пародонта возможны: потеря зубов вследствие прогрессирования процесса, периодические обострения заболевания, требующие дополнительного профилактического лечения, ощущение дискомфорта, болезненности, возникновение реактивного отека, воспаления послеоперационного периода, рецессии десны (оголение шеек корней зубов), повышенной чувствительности шеек зубов, кровоточивость десны.
4. Я понимаю, что прием лекарственных средств без назначения лечащего врача, а также алкоголь, наркотические средства, курение, неправильная гигиена, несоблюдение графика приема медицинских препаратов могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления, уменьшить вероятность успеха лечения.
5. Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом), а также возможные рентгенологические исследования.
6. Я обещаю в послеоперационный период, оговоренный врачом, соблюдать послеоперационный режим (щадящая диета, гигиена полости рта, прием лекарственных средств).
7. Я ознакомил(а) лечащего врача со своими сопутствующими заболеваниями, перечислила медикаменты, которые принимаю.
8. Я проинформировала врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.
9. 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.
10. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.
11. 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.
12. Я согласен(а) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.
13. Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемого лечения, включая осложнения.
14. Я понимаю сущность операции и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемой операции.
15. 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.
16. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Подпись пациента

Подпись врача

_____ / {ФамилияИО} /

_____ /{Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}