

Информированное добровольное согласие на лечение заболеваний пародонта

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации от 21.11.2011г. № 323-ФЗ

Я, _____ получил(а) от моего лечащего врача _____ всю интересующую меня информацию по комплексному лечению пародонта. Врач меня внимательно осмотрел и разъяснил суть, преимущества и сложности данного способа лечения.

Мне понятно, что лечение включает профессиональную гигиену (удаление зубных отложений, налета), медикаментозную противовоспалительную терапию (местную и общую), хирургическое лечение, шинирование подвижных зубов, консультации и дополнительное обследование и лечение у врачей-стоматологов (хирурга, ортопеда, ортодонта, терапевта), врачей общего профиля (гастроэнтеролога, эндокринолога и других). Я понимаю, что объем хирургического вмешательства окончательно определяется во время операции, а также мне понятно, что врач может отказаться от запланированного лечения.

Я информирован(а) о других способах лечения, а также о последствиях при моем отказе от предложенного лечения, и мне понятно, что до начала лечения я могу от него отказаться

Врач объяснил мне, что возможно развитие осложнений при проведении вмешательств в полость рта, проведении обезболивания и при приеме лекарств. Могут возникать нарушения общего состояния-обморок, коллапс, нарушение дыхания вплоть до удушья (асфиксии), а также аллергические реакции в связи с проведением обезболивания или применением лекарственных препаратов (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок).

К осложнениям местного характера относятся ощущение дискомфорта, болезненности во время проведения манипуляции, боли и припухлости мягких тканей в области укола, оперативного вмешательства, нагноение послеоперационной раны, обнажение шеек и корней зубов, повышение чувствительности зубов, увеличение подвижности зубов, сколы эмали, сколы керамического покрытия ортопедических конструкций, выпадение дефектных пломб, контактные аллергические стоматиты, кровотечение, кровоизлияние, флебиты, онемение языка, губ, подбородка, зубов, которое может оказаться навсегда, ограничение открывания рта, боли при глотании.

Мне понятно, заживление послеоперационной раны зависит от индивидуальных особенностей организма, степени тяжести процесса, выполнения намеченного комплексного плана лечения в полном объеме, тщательного соблюдения рекомендаций врача и протекает неодинаково у разных больных, что послеоперационный (восстановительный) период строго индивидуален по длительности и характеру течения. При отсутствии заживления может потребоваться дополнительное лечение, а в некоторых случаях госпитализация в отделение челюстно-лицевой хирургии. Я понимаю, что в случае возникновения боли в области послеоперационной раны мне необходимо обратиться для осмотра к лечащему врачу.

Я понимаю, что длительная стабилизация результатов лечения заболеваний пародонта зависит от регулярных контрольных осмотров у врача пародонтолога и периодической поддерживающей терапии, включающей профессиональную гигиену и медикаментозное противовоспалительное лечение.

Рекомендуемые явки для контрольных осмотров и поддерживающей терапии:

- при легкой степени тяжести пародонтита – 1 раз в 6 месяцев;
- при средней и тяжелой степени тяжести – 1 раз в 3–4 месяца;
- по мере стабилизации процесса явка не реже 1 раза в течение 8-12 месяцев.

Я в «Карте опроса больного» указал (а) все перенесенные мною заболевания и лекарственные препараты, которые я принимаю. Я ознакомлен (а) и понимаю, что при обращении впервые в жизни к стоматологу, а также при наличии аллергических заболеваний необходимо заключение врача-аллерголога о возможном применении обезболивающих и других лекарственных препаратов, стоматологических материалов. Я понимаю, что прием лекарственных средств без назначения врача, а также алкоголь, наркотические средства, курение могут неблагоприятно повлиять на процесс лечения и уменьшить вероятность успешного лечения. Я задал(а) лечащему врачу интересующие меня вопросы о цели, характере, условиях лечения и получил(а) исчерпывающие ответы.

Я одобряю и даю согласие на проведение рекомендованного лечения, а также на рентгеновское обследование до, во время и после лечения, метода местного обезболивания, выбранного мною вместе с лечащим врачом. Я полностью осознаю, что во время лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий или отказа от намеченного лечения. Я согласен(а) регулярно посещать лечащего врача с целью профилактических осмотров.

Я ознакомился с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Полученная информация о предлагаемом лечении, осложнениях и их причинах мне понятна и достаточна для принятия решения. Я ознакомлен(а) с правами и обязанностями пациента, преискурантом и ориентировочной стоимостью предложенного лечения и предупрежден(а) об изменении стоимости лечения в связи с изменением плана лечения и обследования.

Подпись врача _____

Дата _____

Подпись пациента _____

Рекомендации (памятку) получила на руки: Дата _____ Подпись _____