

ПРИЛОЖЕНИЕ К ДОГОВОРУ № 01-01/20-С-0001 ОТ 01.01.2020
Информированное добровольное согласие
на пародонтологическое лечение

Г. Электросталь

01.01.2020

Я, _____ *Клиент Клиент Клиент*

настоящим подтверждаю что, в соответствии со статьями 20, 21, 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня заболевания (нужное отметить):

K05.0 Острый гингивит

K05.1 Хронический гингивит

K05.2 Острый перикоронит

K05.3 Хронический пародонтит

K05.4 Пародонтоз

K05.5 Другие болезни пародонта

K05.6 Болезнь пародонта неуточненная

K03.6 Отложения наросты на зубах

Я информирован(а) 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; прогрессирование зубоальвеолярных деформаций; снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функций речи; развитие заболеваний височно-нижнечелюстного сустава; развитие заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Я 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», аппарат «Air Flow» 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 происходит без повреждения мягких тканей;
- хирургические методы: открытый кюретаж зубодесневых карманов, т.е. лоскутная операция, когда участок десны разрезается и отслаивается и проводится более глубокая очистка десневых или пародонтальных карманов; наращивание костной ткани; пластика десны. На данные виды медицинского вмешательства мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия;
- ортодонтические и ортопедические методы: шинирование, т.е. ограничение подвижности зубов путем их скрепления друг с другом; протезирование зубов. На данные виды медицинского вмешательства мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия.

Я информирован(а) врачом, что 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 противозидемического режимов.

Мне врачом объяснено, 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.

Мне врачом объяснено и понятно, что эффективность лечения пародонта зависит от тщательного соблюдения индивидуальной гигиены, своевременного проведения профессиональной гигиены и профилактических осмотров у 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 врачом.

Я информирован(а) врачом, что осложнением пародонтологического лечения является: появление онемения в области языка, губ; появление чувства жжения; болезненность; нарушение жевания; кровотечение; ограничение открывания рта; аллергические реакции; прогрессирование заболевания; повышение температуры тела; появление симптомов общей интоксикации организма; увеличение лимфатических узлов; обострение системных заболеваний организма.

Я предупрежден(а) и согласен(на) с тем, что объем манипуляций в ходе процедуры может варьироваться, а окончательный выбор объема корректируется во время проведения процедуры врачом. В случае необходимости корректировки процедуры или проведения другой процедуры я доверяю врачу принять соответствующее решение и выполнить любые медицинские действия, которые он сочтет необходимыми. В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. В случае возникновения неотложных ситуаций, даю согласие на госпитализацию.

Мне разъяснено, что симптомами осложнений после лечения являются болевые ощущения в области вмешательства, и что при появлении болевых ощущений после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику ООО «Дюна» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений. При отсутствии осложнений посещение врача осуществляется планово.

Я добросовестно поставил(а) в известность и ответил(а) на все вопросы врача обо всех проблемах своего здоровья, в том числе о(б): аллергии; индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов; перенесенных и известных травмах, операциях, заболеваниях; принимаемых лекарственных средствах; об экологических, производственных факторах физической, химической, биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности. Я подтверждаю, что в анкете назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния.

Я сообщил(а) правдивые сведения о себе, а именно: о наследственности; об употреблении алкоголя, наркотических, токсических средств. Я понимаю, что выполнение процедуры при существующих противопоказаниях к ней могут спровоцировать нежелательные побочные эффекты.

Я утверждаю, что противопоказаний, о которых меня информировал врач, у меня нет. При наличии у меня противопоказаний и не уведомлении о них врача в случае возникновения побочных эффектов процедуры я отвечаю за все последствия без претензий к врачу и Исполнителю.

Я подтверждаю, что в доступной форме уведомлен(а) и в полной мере проинформирован(а) врачом о(об):

- осуществляемой Исполнителем медицинской деятельности;
- режиме работы Исполнителя;
- видах, качестве, условиях предоставления медицинской помощи;
- уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

- перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- альтернативных методах лечения;
- возможной необходимости выполнения других медицинских вмешательств, процедур, исследований, мероприятий;
- показаниях, противопоказаниях, возможных побочных реакциях, осложнениях, возможном риске, последствиях, результатах;
- необходимости соблюдения режима при проведении процедуры, регулярном применении назначенных препаратов;
- необходимости немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, незамедлительной явке на осмотр в случае возникновения осложнения, обязанности информирования врача о состоянии здоровья;
- согласовании с врачом приема новых препаратов перед их применением;
- риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов;
- о возможном отличии результатов процедуры от ожидаемых, о невозможности гарантировать врачом только положительных результатов процедуры и с этим соглашаюсь;
- качественном выполнении врачом соответствующей квалификации клинических, диагностических, технологических этапов проведения процедуры, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Я подтверждаю, что:

- текст мною прочитан, полученные объяснения врача меня полностью удовлетворяют, понятно содержание и назначение данного документа, понятен смысл всех терминов;
- все данные, полученные от меня, записаны верно;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- рекомендации после проведения процедуры предоставлены в полном объеме;
- понимаю, что несоблюдение указанных рекомендаций, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой процедуры, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье;
- понимаю, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений;
- имел(а) возможность задать врачу все интересующие вопросы, и врачом даны исчерпывающие ответы на все заданные вопросы;
- данное согласие является подтверждением обсуждения мною с врачом вышеупомянутой процедуры;
- согласен(на) с тем, что назначение врачом вышеуказанной процедуры носит лишь рекомендательный характер;
- согласен(на) на фото видео документирование процедуры и понимаю, что эти фото и видео документы станут собственностью Исполнителя, и могут быть использованы для научных, учебных целях, но не будет нарушать конституционных прав на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность;
- в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года №390 даю согласие на проведение при необходимости следующих манипуляций и вмешательств: опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза), осмотр, исследование, термометрию, измерение артериального давления, введение лекарственных препаратов, назначение лечебно-оздоровительного режима;
- согласен(на) с тем, что в случае своего обращения в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) в период проведения процедуры (курса процедур), без согласования с врачом, для продолжения лечения или устранения допустимых реакций и осложнений организма на процедуру, исключается виновное пренебрежение моими и представляемого законными интересами со стороны врача и Исполнителя, и, как следствие, врач и Исполнитель не принимают на себя ответственности за проведение стороннего альтернативного вмешательства, результат вмешательства и невозможность завершения начатой процедуры.

Я разрешаю в случае необходимости, в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона №323-ФЗ, предоставить информацию о своем (представляемого) диагнозе, степени тяжести, характере заболевания гражданам:

(указать Ф.И.О., год рождения, контактная информация, по желанию – степень родства)

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

На основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом ООО «Дюна».

Беседу провёл врач

(подпись)

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства

(подпись)

(Клиент К.К.)

Пациент отказался от проведения медицинского вмешательства

(подпись)

(Клиент К.К.)