**№ карты**

Информированное добровольное согласие на проведение хирургического пародонтологического вмешательства

Я, Проверочный Иван Иванович,

настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о том, что для проведения успешного:

- терапевтического лечения
- ортопедического лечения
- хирургического лечения
- ортодонтического лечения
- пародонтологического лечения

информированные добровольные согласия, на которые были подписаны мною ранее, мне необходимо проведение оперативного (хирургического) пародонтологического вмешательства, а именно:

Классификация оперативных пародонтологических вмешательств по Безруковой А.П. (1999 г.).

1. Гингивальная хирургия (все виды операций на тканях пародонта в области свободной и прикрепленной частей десны):
   - кюретаж - удаление патологических грануляций и обработка поверхности корня зуба;
   - гингивотомия, гингивэктомия - хирургическая операция рассечения десны; - удаление небольшой части десны, которая отслаивается от зуба;
   - лоскутные операции, корригирующие край десны - создание при помощи подвижных слизисто-надкостничных лоскутов искусственной муфты-манжеты, плотно охватывающей шейку каждого зуба;
   - хирургические методики с использованием электрокоагуляции, криодеструкции, лазерной и радиокоагуляции;
   - гингивопластика - создание новых контуров десневого края, пластика уздечки языка (верхняя, нижняя челюсть).
2. Лоскутные операции - глубокая чистка, полировка корней зуба с предварительным рассечением десны и откидыванием слизисто-надкостничного лоскута.
3. Операции вторичного приживления - пересадка и перемещение лоскутов слизистой оболочки в пределах полости рта.
4. Мукогингивальная хирургия (осуществляется на мягких тканях десны и альвеолярного отростка):
   - гингивопластика;
   - френулотомия и френулэктомия - рассечение и иссечение уздечек, с устранением тяжей;
   - коррекция свода челюстей с формированием преддверия полости рта.
5. Остеогингивопластика: лоскутные операции с применением средств, стимулирующих репаративные процессы в костной ткани пародонта.
6. Мукогингивопластика:
   - гингивопластика;
   - остеопластика - заместительное восстановление костной ткани;
   - коррекция свода челюстей с устранением тяжей и укороченных уздечек губ.
7. Одонтопластика - реплантация и имплантация зуба.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что последствиями отказа от лечения могут быть: усложнение или невозможность выполнения тех видов терапевтического, ортопедического, хирургического, ортодонтического, пародонтологического лечения, в дополнение к которым предлагается данный вид оперативного пародонтологического вмешательства, а также уменьшение вероятности положительного результата этих видов лечения. Альтернативными методами лечения являются: отсутствие оперативного пародонтологического вмешательства, замена данного вида вида хирургического вмешательства иным видом из вышеуказанных, или отсутствие лечения вообще.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что хотя хирургическое пародонтологическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, это биологическая процедура, и поэтому она не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Также эти вмешательства применяются исключительно как дополнительные, улучшающие качество иных видов лечения или создающие возможность для проведения иных видов лечения и, следовательно, находятся в прямой зависимости от их нюансов и успешности. При проведении оперативного пародонтологического вмешательства положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима,

Врач объяснил мне, и я понимаю, что эффективность любого хирургического лечения зависит от тщательного соблюдения мною 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 хирургического пародонтологического лечения может быть: обнажение шеек зубов, некоторая травматичность, снижение высоты альвеолярного отростка, увеличение подвижности зубов, гиперестезия дентина, косметический дефект. Также возможно непреживление перемещаемых слизисто-надкостничных лоскутов,

Образец

воспалительные процессы различной природы.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после данных видов хирургических вмешательств являются болевые ощущения в области удаленного зуба и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача в послеоперационный период.

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 данного медицинского вмешательства врачом клиники.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья (в том числе после смерти):

_____
___

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи.
- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.
- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

Беседу провел врач _____ /_____(подпись)

Потребитель(Пациент) Проверочный Иван Иванович **согласился** с проведением медицинского вмешательства ___ (подпись)

(ф.и.о.)

Потребитель(Пациент) Проверочный Иван Иванович **отказался** от проведения медицинского вмешательства ___ (подпись)

(ф.и.о.)

Образец