**№ карты**

**Информированное добровольное согласие на хирургические методы лечения болезней периапикальных тканей (тканей, окружающих корень зуба)**

Я, _____,

настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания Мне разъяснено, что периодонтит, пародонтит, пародонтоз – это различные виды заболеваний воспалительной или невоспалительной природы в периапикальных тканях, то есть тканях, окружающих зуб, а также даны разъяснения о конкретной разновидности диагностированного у меня заболевания:

- K04.4 Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения
- K04.5 Хронический апикальный периодонтит
- K04.6 Периапикальный абсцесс с полостью
- K04.7 Периапикальный абсцесс без полости
- K04.8 Корневая киста
- K04.9 Другие и неуточненные болезни пульпы и периапикальных тканей (ранее проведенная некачественная эндодонтиче- ская терапия зуба могущая вызвать впоследствии воспали- тельный процесс в переапикальных тканях зуба)
- K05.3 Хронический пародонтит
- K05.4 Пародонтоз
- K05.5 Другие болезни пародонта
- K05.6 Болезнь пародонта неуточненная

Мне разъяснено и понятно, что зачастую лечение этих заболеваний лишь терапевтическими методами, информированные добровольные согласия на которые были подписаны мною ранее, может оказаться неполным и не приведет к положительному результату. В этом случае после терапевтического лечения для увеличения вероятности положительного исхода лечения, с учетом тяжести моего заболевания, могут быть проведены следующие виды хирургического вмешательства:

• Резекция верхушки корня зуба – хирургическое отсечение части корня зуба с возможным ретроградным пломбированием канала зуба.

• Ампутация корня зуба – полное удаление одного или нескольких корней во многокорневых зубах, с сохранением коронковой (над- десневой) части зуба над удаляемыми корнями.

• Гемисекция корня зуба - полное удаление одного или нескольких корней во многокорневых зубах, без сохранения коронковой (над- десневой) части зуба над удаляемыми корнями.

• Коронорадикулярная сепарация – разделение корней и коронковых частей зуба на два самостоятелных сегмента.

• Цистотомия - метод хирургического лечения кисты, при котором удаляют переднюю стенку кисты и сообщают ее с преддверием или с собственно полостью рта.

• Цистэктомия - радикальная операция, при которой проводят полное удаление кисты, ее оболочки с возможной резекцией верхушки корня зуба.

Все эти оперативные вмешательства производятся через разрез слизистой оболочки со стороны преддверия полости рта с откидыванием слизисто-надкостничного лоскута и, почти всегда, с последующим возвращением его «на место». Для скорейшего восстановления целостности костной ткани стоматологом могут использоваться специальные костеобразующие материалы (Bio-OSS, «OsteoBiol Apatos»,
«OsteoBiol MP3», «Easy-graft» и др.) и мембраны (HPT Bio-Gite, «Evolution» и др.), а также возможна пересадка собственной кости пациента как в «смеси» с костеобразующими материалами, так и без них.

Я также предупрежден(а) о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение следующих осложнений заболевания: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений (остеомиелит челюсти; гнойное воспаление лица и шеи; острый сепсис и др.), появление или нарастание боли, обострение системных заболеваний организма, летальный исход.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения вообще.

Мне разъяснено, понятно, и я принимаю то, что ни доктор, проводящий хирургическое вмешательство, ни клиника не предоставляют никаких гарантий на данную медицинскую услугу, так как хирургические методы лечения болезней периапикальных тканей являются дополнительными, вспомогательными, всего лишь увеличивающими вероятность спасения зуба. Все ортопедические конструкции, опирающиеся на прооперированные зубы, не являются надежными и могут рассматриваться исключительно как временные.

Я понимаю и принимаю то, что при указанных оперативных вмешательствах 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.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:

• рецидив воспалительного процесса в переапикальных тканях зуба, травма других зубов,

• появление или нарастание боли, кровотечение, осложнения воспалительного характера (альвеолит, остеомиелит и др), перфорация дна верхнечелюстной пазухи или дна носовой полости, проталкивание удаляемого зуба в мягкие ткани и полости, перелом челюстных костей, вывих нижней челюсти, травма нервов в области удаляемого зуба и, как следствие, онемение участка кожи лица и губ, которое может сохраняться 3-6 месяцев и более, ограничение открывания рта,

Образец

аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.
Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении в послеоперационном периоде возможны болезненные ощущения и отеки. Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после хирургического лечения болезней периапикальных тканей являются болевые ощущения в области прооперированного 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 после проведенного лечения.
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 данных медицинских вмешательств 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)

o Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи.

o Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.

o Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

Беседу провел врач _____/ _____
(подпись, Ф.И.О.)

Потребитель(Пациент) **согласился** с проведением медицинского вмешательства _____(подпись)

Потребитель(Пациент) **отказался** от проведения медицинского вмешательства _____(подпись)

Образец