

Приложение к договору № \_\_\_\_\_  
предоставления платных медицинских услуг  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

## **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА: КЮРЕТАЖ, ГИНГИВОТОМИЮ, ГИНГИВЭКТОМИЮ, ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКУ**

Я \_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. взрослого пациента*

**Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.**

Я, \_\_\_\_\_,  
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

\_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)*

добровольно обращаюсь в ИП Норов С.А. (ОГРНИП 325619600197137), далее именуемое – «**Исполнитель**», и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **хирургическое лечение заболеваний пародонта (кюретаж, гингивотомию, гингивэктомию, вестибулопластику).**

Я получил(а) от врача \_\_\_\_\_ всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. **Цели лечения.** Главными целями хирургического лечения заболеваний пародонта являются: ликвидация очагов воспаления и пародонтальных карманов, создание оптимальных функциональных условий для тканей пародонта; приостановка прогрессирования деструкции альвеолярной кости; обеспечение длительной стабилизации состояния пародонта.

2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства.**

Хирургическое лечение заболеваний пародонта будет выполняться в соответствии «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе пародонтит», утвержденными Постановлением № 18 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 23 апреля 2013 года с изменениями и дополнениями на основании Постановления № 18 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе гингивит», утвержденными Постановлением №18 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации.

Пародонт - это комплекс тканей, окружающих зуб. К ним относится не только десна, но и костная лунка, в которой располагается корень зуба, и связки зуба, удерживающие зуб в лунке, вплетаясь в корень зуба и в кость. Все эти ткани представляют собой единую систему, которая выполняет сразу несколько важнейших функций: фиксация зубов, восприятие и регулировка жевательной нагрузки, управление работой жевательных мышц, защита от проникновения внутрь костной ткани болезнетворных бактерий и целого ряда повреждающих факторов. Заболевания пародонта являются важнейшей причиной потери зубов у взрослых (около 70%) и поражают три четверти населения. Гингивит, пародонтит и пародонтоз – наиболее распространенные заболевания пародонта.

К основным хирургическим вмешательствам при заболеваниях пародонта относят кюретаж, гингивотомию, гингивэктомию, лоскутные операции и пластику десен. Характер и радикальность хирургических вмешательств зависит от глубины пародонтального кармана.

**Кюретаж пародонтального кармана** – хирургическая манипуляция, направленная на уменьшение глубины пародонтального кармана или его устранение. Цель проведения кюретажа заключается в удалении поддесневого зубного камня, грануляций, вегетирующего эпителия десневой борозды, воспаленной соединительной ткани стенки кармана. Кюретаж бывает закрытым и открытым. **Закрытый кюретаж** выполняется следующим образом: после медикаментозной обработки под инфльтрационной или проводниковой анестезией удаляют поддесневые зубные отложения и патологически измененный цемент корня зуба. При этом инструмент направляют от верхушки корня к коронке зуба, плотно прижимая его к поверхности корня, либо из глубины вокруг корня к краю коронки, по диагонали. В процессе промывают операционное поле антисептическим раствором. Далее приступают к удалению грануляционной ткани со дна кармана острой кюретой. Последний этап - деэпителизация кармана ножницами. После этого операционное поле обрабатывают изотоническим раствором хлорида натрия, десну плотно прижимают к зубу и накладывают защитную повязку. **Открытый кюретаж** - удаление из пародонтального кармана грануляций, эпителия и распавшейся ткани. Показанием для проведения является патологический карман глубиной до 6 мм. Методика проведения: под местной анестезией скальпелем рассекают межзубные сосочки, отслаивают десневые лоскуты узким распатором с обеих сторон для лучшего обзора, кюретой удаляют с поверхности зуба отложения, вводят в рану иглу шприца с

антисептическим раствором, экскаватором удаляют грануляционную ткань и эпителий кармана, сглаживают корневые поверхности. Лоскуты обрабатывают и укладывают на место. Далее накладываются узловые швы, а затем - пародонтальную повязку.

**Гингивотомия** – операция по рассечению стенки пародонтального кармана для удаления гнойного абсцесса или выполнения открытого кюретажа. Обеспечивает визуальный доступ к зоне воспаления для качественной чистки и обработки лекарственными средствами. Гингивотомия рекомендована при пародонтите средней и тяжелой степени с большим скоплением гнойных выделений в зубодесневом пространстве. При гингивотомии разрез тканей выполняют вертикально в зоне проекции корня зуба по направлению от свободного края десны (с отступом или без) до складки перехода к подвижным тканям. Прием актуален при лечении зубодесневых карманов патологической формы (глубоких и узких), а также при локальных пародонтальных и костных абсцессах.

**Гингивэктомия** – это иссечение десны в целях ликвидации «ложного» или пародонтального кармана и улучшения условий для последующей гигиены полости рта. Ее проводят при гиперпластическом гингивите, при наличии пародонтальных карманов глубиной более 4 мм при горизонтальной резорбции альвеолярной кости в области жевательной группы зубов. После медикаментозной обработки полости рта проводят определение уровня дна «ложного» кармана. Затем под инфильтрационной анестезией осуществляют непрерывный косой разрез для гингивэктомии. Далее проводят иссечение гипертрофированной десны и удаление иссеченного фрагмента десны. С помощью соответствующего инструментария очищают и полируют поверхности корней зубов и накладывают пародонтальную повязку. Операция проводится скальпелем либо с применением лазера, используется местная анестезия. После процедуры раны обрабатываются специальными средствами и мазью, покрываются повязкой.

Гингивэктомия занимает от 30 до 60 минут в зависимости от того, сколько тканей десны подлежит удалению. Незначительные по объему процедуры для одного или нескольких зубов, вероятно, займут всего один визит к стоматологу, который продлится от часа до двух. Для удаления более обширных областей или же полного изменения формы десны может потребоваться несколько визитов. В целом, полное заживление после манипуляции наступает, в среднем, через 10-20 дней.

Мне разъяснено и понятно, что до начала хирургического лечения мне необходимо провести профессиональную гигиену полости рта, лечение кариеса, замену старых пломб. Указанные вмешательства выполняются по согласованию со мной за отдельную плату с предварительным получением информированного добровольного согласия.

**Вестибулопластика** - операция по углублению преддверия полости рта, расширяющая зону прикрепленной десны. Преддверием полости рта в стоматологии называют пространство, находящееся между внешними поверхностями десен и зубных рядов и внутренней поверхностью щек. Его глубина измеряется расстоянием между краем десны и тем местом, где подвижная часть слизистой оболочки переходит в неподвижную. Нормальным считается расстояние от 5 до 10 миллиметров. Если глубина преддверия меньше 5 миллиметров, оно называется мелким, и диагностируется аномалия мягких тканей, расположенных во фронтальном отделе альвеолярного отростка. Операция вестибулопластики осуществляется под местной анестезией при помощи скальпеля или лазера. В зависимости от конкретного случая могут применяться различные методики проведения операции: 1) Открытые методики. Преддверие полости рта углубляется посредством рассечения мягких тканей и отслоения части слизистой оболочки. После хирургического вмешательства на альвеолярном отростке и внутренней стороне губы остаются раневые поверхности, заживление которых происходит вторичным натяжением. 2) Закрытые методики. По окончании операции раневая поверхность накрывается мягкими тканями и накладываются швы при помощи кетгута.

Выбор методов медицинского вмешательства, а также необходимых мне этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения. Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Совместно с врачом я имел(а) возможность выбрать из всех вариантов лечения наиболее рациональный в моем клиническом случае вариант. Врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить хирургическое лечение заболеваний пародонта, я могу отказаться от него. **Последствия отказа:** прогрессирование имеющегося у меня заболевания, развитие гингивита, пародонтита, инфекционных осложнений; появление болевых ощущений; обострение системных заболеваний организма. Я понимаю, что невозможно точно установить сроки и объемы лечения ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения. Окончательный объем операции может отличаться от первоначального как в сторону уменьшения, так и в сторону расширения объема оперативного вмешательства; кроме того, в ходе операции может возникнуть необходимость осуществления дополнительного медицинского вмешательства (вмешательств), иных операций, рентгенологических и других специальных исследований.

Мне разъяснена необходимость применения местной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. 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 в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями. Введение раствора 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. Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

3. **Риски, последствия, осложнения.** Я понимаю, что хирургическая операция является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Некоторые нежелательные побочные действия и осложнения нельзя исключить. Врач объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после операции: некроз или омертвление лоскутов - может возникнуть из-за пренебрежения мной гигиеной полости рта; повышенная чувствительность зубов; повреждение альвеолярных нервов и кровеносных сосудов; обострение воспалений в ротовой полости; образование рубцов; длительные кровотечения и гематомы; повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации; увеличение лимфатических узлов; снижение чувствительности нервных окончаний во рту; инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы в случае осложнений, и при несоблюдения предписанных врачом назначений, рекомендаций и правил гигиены; воспалительные процессы общего характера (например, сепсис); аллергические реакции, коллапс, анафилактический шок. Указанные состояния могут потребовать дополнительного стоматологического лечения. Вышеуказанные осложнения могут быть обусловлены анатомо-физиологическими особенностями моего организма, наличием хронического либо острого патологического процесса (заболевания). В послеоперационном периоде возможно возникновение неприятных болезненных ощущений, развитие кровотечения, сохранение отека. Послеоперационный восстановительный период является индивидуальным по длительности и характеру течения, может замедляться при наличии возникших осложнений; кроме того, процесс заживления может протекать при наличии неприятных болезненных ощущений разной степени интенсивности в зоне оперативного вмешательства и зависит от индивидуальных особенностей строения моей зубочелюстной системы и возраста. Мне понятно, что указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя. Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течении нескольких дней и более.

4. **Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства:** любые основания для отказа от хирургического вмешательства; любые противопоказания к местной анестезии; резкое истончение стенки десневого края; некроз десны; наличие острых инфекционных заболеваний слизистой оболочки рта и общих инфекционных заболеваний и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства.

Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п.). Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

5. **Предполагаемые результаты лечения.** Ожидаемым результатом хирургического лечения заболеваний пародонта является достижение целей лечения, предупреждение развития осложнений.

6. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров по методу, рекомендованному врачом. При отказе от рентген-обследования (включая трехмерную компьютерную томографию) врач не сможет провести качественное лечение и исключить осложнения после лечения.

7. Я понимаю, что гарантийный срок на хирургическое лечение не устанавливается.

8. Врач объяснил мне, что после операции: в течение 3-5 суток не рекомендуется заниматься активным физическим трудом; в течение 2-4 часов не рекомендуется пить и принимать пищу; в течение первых 5 суток после операции принимать пищу на поврежденной стороне, принимать горячую пищу и напитки; в первые три дня рекомендуется жевать только на здоровой стороне челюсти, употребляя при этом только мягкую пищу, нагретую до комнатной температуры; с целью предотвращения спазма сосудов необходимо отказаться от курения в ближайшие 5 часов (а лучше в течение 5-10 дней) после операции; не употреблять алкоголь на протяжении первых суток (а если назначены антибиотики, то исключить спиртные напитки необходимо на весь курс лечения – согласно инструкции к препарату); исключить из рациона соленые, острые и кислые продукты, которые раздражают слизистую оболочку ротовой полости.

**Категорически запрещается:** греть травмированную область каким-либо образом (прием горячей ванны тоже следует исключить); заниматься интенсивным физическим трудом; открывать рот особо широко; предпринимать попытки проникнуть в рану при использовании посторонних предметов. Для облегчения болевого синдрома может быть показан прием болеутоляющих, противовоспалительных и/или антибактериальных препаратов. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Врачом может быть рекомендовано полоскание ротовой полости дезинфицирующими (антисептическими) растворами и медикаментозное лечение. Мне разъяснено и понятно следующее: **если врач не назначил полоскания (ротовые ванночки) и/или медикаментозное лечение, я не должен(на) выполнять их без согласования в врачом, так как это может ухудшить мое состояние.**

9. Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в пункте 3 настоящего согласия состояний, осложнений, аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.

10. Неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме, может привести к увеличению сроков лечения и как следствие, увеличению стоимости лечения. Я согласен(на) тщательно выполнять рекомендации врача в процессе лечения, понимая, что невыполнение или ненадлежащее их выполнение чревато ухудшением состояния моего здоровья и может повлиять на результат лечения.

Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

11. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.

12. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

13. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью моей медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.

**Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.**

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

**Пациент/Законный представитель пациента:**

Дата: « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Врач:**

Дата: « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /