

Информированное согласие пациента на лечение

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(лась) с предлагаемым лечением и, в соответствии со своей волей, мог(ла) либо дать свое согласие на проведение данного лечения, либо отказаться от него.

ООО «БАГЗИ»

« _____ » _____ 20 ____ г.

Я, _____,

(ф.и.о.)

доверяю стоматологической клинике «ИНТЕРДЕНТ» провести комплекс медицинских услуг мне, как Пациенту, при этом соглашаюсь со следующим:

1. Информация для пациента, планирующего терапевтическое лечение зубов.

- 1.1. Я понимаю, что при снятии старых пломб с зубов возможно обнаружение разрушенных, некротизированных тканей зуба. Удаление этих тканей может привести к вскрытию полости зуба, что может повлечь за собой дополнительные манипуляции, например, депульпирование зуба.
- 1.2. Я понимаю, что окончательно определиться с методом реставрации зуба возможно только после снятия всех старых пломбировочных материалов с него и удаления с зуба всех разрушенных участков (кариес, трещины и т.д.).
- 1.3. Я понимаю, что эндодонтическое лечение (манипуляции лечебного характера для зубов, каналов и прилежащих тканей) может приводить к появлению болей в этом зубе, флюсу, отёку. Появление таких симптомов может требовать проведения дополнительных, в том числе и хирургических манипуляций, вплоть до удаления зуба.

2. Информация для пациента, планирующего хирургическое лечение, включая имплантацию.

- 2.1. Я понимаю, что целью процедуры является удаление зуба, и/или возможная коррекция тканей челюстно-лицевой области, и/или операция по вживлению искусственных корней в костную ткань (имплантация). Я понимаю, что в случае непринятия мер в виде предложенного лечения или хирургического вмешательства, мое состояние может ухудшиться. Это приведет к возникновению нижеследующих (а возможно и не только) факторов риска для моего здоровья: припухлость, боль, инфекции, формирование кисты, заболевание пародонта (дёсен), преждевременная потеря зубов или костной ткани. На консультации меня проинформируют обо всех возможных альтернативных методах лечения.
- 2.2. Я понимаю, что перед имплантацией важно пройти профессиональную гигиену и санацию полости рта, рентгенологические и клинические обследования.
- 2.3. Если в процессе операции возникнут непредвиденные обстоятельства, требующие от доктора принятия решения, либо проведение дополнительных манипуляций в добавление к перечисленным, или самостоятельных, я доверяю доктору сделать то, что он сочтет необходимым в такой ситуации для моего блага.
- 2.4. Я понимаю, что осложнения оперативного хирургического лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области. Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения. Может возникнуть отёчность десны, онемения в области проведения операции или лица после хирургического вмешательства; тризм (ограниченное открывание рта), которые могут быть в течение нескольких дней и дольше. Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта не прогнозируемо и может привести к необходимости нового оперативного вмешательства, направленного на пластическое замещение костного дефекта.
- 2.5. В случае возникновения кровотечения, болей, повышенной температуры и других явлений, не обговоренных с врачом после процедуры, нужно срочно связаться с клиникой.
- 2.6. Учитывайте, что, возможно, в течение какого-то времени после операции Ваша работоспособность будет снижена. Планируйте, пожалуйста, график Ваших дел с учётом возможных послеоперационных синяков на лице, шее, а также припухлости лица.

3. Информация для пациента, планирующего ортопедическое лечение (протезирование).

- 3.4. Перед проведением ортопедического лечения очень важно пройти необходимую подготовку (лечение зубов, дёсен, профессиональную гигиену, а также удаление зубов, не подлежащих восстановлению и т.д.)
- 3.5. Предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье. Но, тем не

мене, я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм, и, как любое медицинское вмешательство, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, так как в течение жизни у человека происходит рецессия десны, атрофия костной ткани челюсти, стираемость твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время (сроки у каждого человека строго индивидуальны) возникает необходимость коррекции, либо переделки протезов.

3.6. Я понимаю, что любой вид протезирования зубов требует адаптационного периода, длительность и выраженность которого зависит, в том числе, и от состояния здоровья.

3.7. Я понимаю, что имплантация является самым передовым методом замещения отсутствующих зубов.

4. Информация для пациента, планирующего ортодонтическое лечение (исправление прикуса).

4.1. Лечение у ортодонта может занимать год и более, поэтому перед его началом обязательно посетите стоматолога-терапевта, чтобы убедиться в здоровье зубов и дёсен – это важно. При необходимости вылечите:

4.1.1. Очаги кариеса, пульпит – пролечите все зубы, включая поверхностный и фиссурный кариес в углублениях премоляров и моляров. Старые пломбы, при необходимости замените. Всё это – профилактика развития кариеса в ходе ортодонтического лечения.

4.1.2. Воспалительные процессы дёсен. Некоторые ортодонтические конструкции могут усугублять проблемы тканей пародонта. Снимать брекететы, чтобы пролечить дёсны, сложнее и дороже, чем вылечить их заранее.

4.2. Я информирован(а) о том, что ортодонтическое лечение имеет своей целью коррекцию положения и наклона зубов в зубных рядах, коррекцию окклюзии (смыкания зубов) для нормализации функций челюстно-лицевой системы.

4.3. Я понимаю, что при отказе от ортодонтического лечения могут быть следующие последствия: прогрессирование зубочелюстной аномалии, заболевания пародонта, преждевременная потеря зубов и костной ткани, нарушение деятельности жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов, функции жевания, дыхания, речи и внешнего вида в целом.

4.4. Я понимаю, что большинство зубочелюстных аномалий и деформаций носят не изолированный характер, а связаны со значительными изменениями лицевого скелета, индивидуальными особенностями строения зубочелюстной системы, состоянием пародонта и организма в целом, что повышает риск неудачи проведённого лечения, рецидива (повтора) заболевания и требуют коррекции ранее составленного плана лечения, применения дополнительных методов обследования и лечения.

4.5. Я понимаю, что вредные привычки и недостаточные навыки гигиенического ухода за полостью рта являются отягощающими факторами в дальнейшем развитии заболевания. При этом я понимаю, что необходимо регулярно проходить профилактические осмотры у лечащего врача и врача-терапевта в период активного ортодонтического и ретенционного лечения, а также обязательна профессиональная гигиена полости рта не реже трёх раз в год у пародонтолога.

4.6. Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанных с изменением во внешнем виде субъективна, поэтому эстетическая неудовлетворенность результатом лечения, при отсутствии функциональных нарушений, не может быть основанием для предъявления претензий. Я информирован(а) о том, что изменения зубных рядов влияют на лицевой скелет в целом.

Меня информировали, что на консультации у врача я получу ответы на все вопросы по поводу моего предстоящего лечения. Будет оговорена и/или составлена письменная смета на лечение, которую мне разъяснят. Мне также объяснят ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах.

Я понимаю, что практическая медицина не является точной наукой. Гарантировать 100% положительный результат проведённого лечения (включая лечение каналов, имплантацию, исправление прикуса и т.д.) не представляется возможным. Речь может идти о прогнозах и вероятностях, которые разнятся от пациента к пациенту.

Я понимаю важность прохождения регулярных (раз в 6 месяцев) профилактических осмотров у специалистов клиники «Интердент». По их результатам могут потребоваться дополнительные диагностические и/или лечебные меры, цель которых не запустить обнаруженные проблемы.

Ф.И.О./подпись Пациента _____ / _____

ВРАЧ/подпись _____ / _____