**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

**Лечение заболевания пародонта**

*Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьей 20 Федерального Закона №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».*

Я,

(фамилия, имя, **01ЧССТВО** пациента)

проинформирован(а) моим лечащим врачом Исаевой Татьяной Михайловной

(фамилия, имя, отчество лечащего врача)

о поставленном диагнозе

(диагноз)

и необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта и пародонтологического лечения согласно рекомендованного плана лечения.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию, с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым мне лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Пародонтологическое лечение имеет своей целью устранение очагов инфекции в полости рта с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма. В ходе лечения могут быть использованы:

консервативные методы (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, закрытый кюретаж зубодесневых карманов),

хирургические методы (открытый кюретаж зубодесневых карманов – лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны),

ортодонтические и ортопедические методы (шинирование, протезирование).

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов), а так же системные проявления заболевания.

Альтернативой данного лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов), отказ от лечения как такового.

Хотя пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме антибиотиков.

Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен на их проведение.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а так же альтернативы предложенному лечению.

Я осознаю ответственность за сохранение своего здоровья и обязуюсь соблюдать правила личной гигие­ны полости рта и соблюдать все рекомендации врача, а также согласен(а) 1–2 раза в году являться на профи­лактические осмотры, а также для проведения профессиональной гигиены.

Мне сообщены, разъяснены и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут ис­пользоваться в процессе лечения и сроки проведения лечения.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие от­веты на них.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения заболевания пародонта на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**(полнись) (расшифровка подписи)**

(законного представителя)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**(подпись) (расшифровка подписи)**

Дата «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.