

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**  
(основание: статья 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ  
"Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации")

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

г. Краснодар

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО полностью),

\_\_\_\_\_ (дата рождения), зарегистрированный по

адресу: \_\_\_\_\_ (адрес регистрации), даю

информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «ТРИДЕНТ» медицинским работником

\_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Я получил(а) информацию и необходимые разъяснения по поводу своего диагноза и допустимость уточнения диагноза в процессе лечения/обследования.

Мною изучена дополнительная информация, предложенная медицинским работником, относительно лечения моего заболевания, сроках, этапах и методах лечения, возможной необходимости дополнительного обследования и лечения, возможных осложнениях, противопоказаниях лечения, рекомендациях для закрепления результата лечения и предотвращения осложнений.

Мне разъяснено, что эффективность и успех лечения напрямую зависит от сотрудничества пациента, поэтому необходимо, чтобы пациент выполнял все рекомендации врача, данные в процессе и после лечения

\_\_\_\_\_  
(подпись пациента, законного представителя)

Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я согласен(на) с предложенным планом лечения.

Я уполномочиваю медицинского работника ООО «ТРИДЕНТ» выполнить дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в ходе лечения в связи с возникновением непредвиденных ситуаций, в том числе изменения плана лечения.

\_\_\_\_\_  
(подпись пациента, законного представителя)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(ФИО, телефон)

Медицинский работник, проводивший беседу \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

### Дополнительная информация к ИДС:

Периодонтит, пародонтит, пародонтоз - это различные виды заболеваний воспалительной или невоспалительной природы в периапикальных тканях, то есть тканях, окружающих зуб. В значительном количестве случаев лечение указанных 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 заболевания, пациентам могут быть рекомендованы следующие виды хирургического вмешательства:

- Резекция верхушки корня зуба-хирургическое отсечение части корня зуба с возможным ретроградным пломбированием канала зуба.
- Ампутиация корня зуба - полное удаление одного или нескольких корней во многокорневых зубах, с сохранением коронковой (наддесневой) части зуба над удаляемыми корнями.
- Гемисекция корня зуба - полное удаление одного или нескольких корней во многокорневых зубах, без сохранения коронковой (наддесневой) части зуба над удаляемыми корнями.
- Коронорадикулярная сепарация - разделение корней и коронковых частей зуба на два самостоятельных 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 вышеуказанные 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 врачом могут использоваться специальные костеобразующие материалы (Bio-OSS, «OsteoBiol Apatos», «OsteoBiol MP3», «Easy-graft» и др.) и мембраны (НРТ Bio-Gite, «Evolution» и др.), а также возможна пересадка собственной кости пациента как в «смеси» с костеобразующими материалами, так и без них.

Вышеуказанные хирургические вмешательства являются дополнительными, вспомогательными мерами, увеличивающими вероятность спасения зуба. В случае отсутствия адекватного лечения диагностированного у пациента заболевания возможно возникновение следующих осложнений заболевания: прогрессирование диагностированного заболевания, развитие инфекционных осложнений (остеомиелит челюсти; гнойное воспаление лица и шеи; острый сепсис и др.), появление или нарастание боли, обострение системных, хронических заболеваний организма, а также летальный исход. Альтернативным методом лечения является удаление пораженного зуба (зубов). Также пациент может отказаться от лечения вообще.

Ни врач, проводящий хирургическое вмешательство, ни стоматологическая клиника не предоставляют гарантий на данную медицинскую услугу, так как успех лечения болезней периапикальных тканей хирургическими методами в большей степени зависит от состояния здоровья пациента, реакции его организма на хирургическое вмешательство и лекарственные препараты.

При указанных оперативных вмешательствах положительный результат не гарантирован, однако при этом гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных и безопасных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима. Все ортопедические конструкции, опирающиеся на прооперированные зубы, не являются надежными и могут рассматриваться исключительно как временные.

Реально сложившаяся ситуация (состояние стоматологического и общего здоровья пациента, анамнез, необходимость оперативных вмешательств с целью установки имплантов, ход послеоперационного заживления, выбор пациентом стандартных металлокерамических коронок и другие обстоятельства) может не отвечать ожиданиям пациента, в том числе эстетическим от лечения имплантами, в связи с завышенностью этих ожиданий.

Возможны последствия и осложнения после проведенного медицинского вмешательства: рецидив воспалительного процесса в периапикальных 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, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Даже при качественном лечении в послеоперационном периоде возможны болезненные ощущения и отеки. 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 пациенту необходимо обратиться в стоматологическую клинику «ТРИДЕНТ» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Ознакомлен \_\_\_\_\_ (ФИО полностью).

(подпись пациента, законного представителя)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.