

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 НА ПРОВЕДЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ: ПЛАСТИКУ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА

от «____» _____ 20__ г.

Я, _____
(ФИО)

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)

настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о том, что для проведения успешного: пародонтологического лечения и хирургического лечения.

Информированные добровольные согласия, на которые были подписаны мною ранее, мне необходимо проведение оперативного (хирургического)

Вмешательства.

1. Пластика мягких тканей- это хирургическая операция, необходимая при изменении объема и (или) качества десны возле зубов или установленных имплантов Для устранения слизисто-десневых дефектов, имеющихся в полости рта или для предотвращения появления этих дефектов в будущем, достижения максимального эстетического эффекта.

- хирургические методики с использованием электрокоагуляции, криодеструкции, лазерной и радиокоагуляции;
- гингивопластика - создание новых контуров десневого края;
- мукогингивальная хирургия (осуществляется на мягких тканях десны и альвеолярного отростка);
- френулотомия и френулоэктомия - рассечение и иссечение уздечек, с устранением тяжей;
- коррекция свода челюстей с формированием преддверия полости рта.

В зависимости от вида применяющейся ткани лоскутные операции делят на: полные – состоят из эпителиальной и соединительной ткани, а также ткани надкостницы; расщепленные (используются, если толщина десневых тканей превышает 2 миллиметра) – в состав входят только эпителиальная и соединительная ткани. По месту вшивания лоскута различают лоскутные операции: простые – лоскут закрепляется на том же месте, что был изначально; позиционные – полученные лоскуты переносят на другие участки. Я информирован(а) о том, что десна в донорской области через несколько месяцев **восстанавливается полностью** без наступления необратимых последствий для анатомии и функции донорских участков.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что последствиями отказа от лечения могут быть: усугубление имеющихся заболеваний, развитие осложнений, опущение, поднятие или неравномерное распределение десны по зубному ряду; рецессия десны до обнажения корня; появление кариеса; появление пародонтальных карманов; развитие (усугубление) заболеваний пародонта; атрофические процессы в кости; подвижность зубов; появление инфекций и воспалений в полости рта, а также уменьшение вероятности положительного результата этих видов лечения.

Если рецессия (оголение) десны обусловлено причинами, связанными с нарушением прикуса и заболеваниями ВНЧС, и указанные причины не устранены, то после выполнения пластики мягких тканей возможно возникновение рецидива (появления симптомов заболевания), который потребует выполнения манипуляций за дополнительную плату.

Альтернативными методами лечения являются: отсутствие оперативного вмешательства или отсутствие лечения вообще.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что хотя хирургическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, это биологическая процедура, и поэтому она не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Также эти вмешательства

применяются исключительно как дополнительные, улучшающие качество иных видов лечения или создающие возможность для

проведения иных видов лечения и, следовательно, находятся в прямой зависимости от их нюансов и успешности. При проведении оперативного

вмешательства 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.

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.

Врач объяснил мне, и я понимаю, что эффективность любого хирургического лечения зависит от тщательного соблюдения мною индивидуальной гигиены, своевременного проведения профессиональной гигиены и профилактических осмотров у лечащего врача. Контрольный осмотр необходимо проводить через 3 месяца после лечения, профессиональную гигиену через 6 месяцев. В последующее время необходимо каждые полгода проводить контрольный и профилактический осмотры лечащим врачом и гигиенистом.

Врач объяснил мне, и я понимаю, что 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 средней температуры; с целью предотвращения спазма сосудов необходимо отказаться от курения в ближайшие 5 часов (а лучше в течение 3-5 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). **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.

Осложнением хирургического лечения может быть: обнажение шеек зубов или имплантов, некоторая травматичность, снижение высоты альвеолярного отростка, увеличение подвижности зубов, гиперестезия дентина, косметический дефект. Также возможно непрживание перемещаемых слизисто-надкостничных лоскутов, воспалительные процессы различной природы, длительные кровотечения и гематомы; повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после данных видов хирургических вмешательств являются болевые ощущения в области проведенных манипуляций, 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 в послеоперационный период.

Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, применяемыми материалами и оборудованием, а также со всеми возможными альтернативными вариантами и способами лечения.

Предполагаемыми результатами лечения является достижение целей лечения, предупреждение развития осложнений.

Я проинформировал врача обо всех случаях аллергии на медикаментозные препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль в прошлом и настоящее время. Я обязуюсь незамедлительно сообщать моему лечащему врачу обо всех изменениях моего здоровья.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я соглашаюсь с тем, 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), возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях. Я подтверждаю, что в Анкете назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

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

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во

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.

время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

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 данного медицинского вмешательства врачом клиники.

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

Пациент (законный представитель Пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства
_____ (подпись)