



ВСЕ ВИДЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

394026 г. Воронеж, Московский пр-т, 24
394043 г. Воронеж, Ленина, 1046
тел. (473) 21 - 00000

Наша стоматологическая фирма строго руководствуется:

- Ⓜ Законом РФ «О защите прав потребителей»;
- Ⓜ Федеральным законом от 21.11.2011г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
- Ⓜ Постановлением правительства РФ от 11.05.2023г. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

**Информированное добровольное согласие
на проведение медицинского вмешательства
Терапевтическое стоматологическое лечение**

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____, проживающий(ая) по адресу _____,
год рождения _____ г., соглашаюсь с тем, что мое лечение будут проводить врач-стоматолог

1. Мне разъяснено, что возможно выполнение следующих манипуляций:

- Местное обезболивание (аппликационное, инфильтрационное, проводниковое);
- Лечение зубов (наложение изолирующей завесы, препарирование, медикаментозная обработка, наложение лечебных и/или изолирующих прокладок, пломбирование);
- Герметизация фиссур;
- Эндодонтическое лечение (механическая, медикаментозная обработка корневых каналов, пломбирование корневых каналов)
- Установка внутрикорневого штифта, литой культевой вкладки;
- Восстановление зуба вкладкой, накладкой.
- Шинирование зубов;
- Покрытие зубов временной коронкой, временным виниром;
- Проведение рентгенологического исследования;
- Введение лекарственных средств по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, внутривожно и подкожно.

В процессе лечения допустимо уточнение диагноза. Возможна коррекция намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения, о чем меня уведомят врач.

2. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: ухудшение эстетики, перелом зуба (при отказе покрыть зуб накладкой или виниром), прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление или нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, а также системные проявления заболевания. Несвоевременное лечение кариеса зубов приводит к появлению деформации зубных рядов и возникновению патологии височно нижнечелюстного сустава.

3. Альтернативным методом лечения является удаление пораженного зуба (ов) или отсутствие лечения как такового.

4. Врач понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти:

4.1. В результате пребывания моего рта в открытом состоянии во время лечения может появиться тугоподвижность и болезненность в челюсти, и, возможно, будет затруднительно ее раскрывать в течение нескольких дней. Изредка это может быть указанием на наличие дальнейших проблем и потребовать дополнительного лечения у специалистов клиники либо у других специалистов. В случае возникновения этих явлений или других беспокоящих признаков необходимо незамедлительно проинформировать своего лечащего врача.

4.2. При лечении кариеса:

- при лечении глубоких или обширных кариозных процессов существует вероятность возникновения показаний к удалению сосудисто-нервного пучка как во время лечения, так и после лечения;

- развитие или прогрессирование заболеваний тканей пародонта;
- повышенная механическая нагрузка на зуб;
- развитие или возникновение соматической патологии.

- я понимаю, что цель лечения глубокого кариеса — попытка сохранить зуб (ы) «живым(и)» (витальным). Меня доктор предупредил, что после лечения возможны некоторые болевые реакции в области вылеченного(ых) зуба(ов), повышенная чувствительность зуба на температурные раздражители в течение от 1-2 дней до 2 месяцев.

При появлении длительных, самопроизвольных болей зуб необходимо будет депульпировать.

- депульпирование будет проведено за отдельную плату.

-при наличии в анамнезе заболевания «Герпес» - возможно обострение заболевания после любого стоматологического вмешательства..

-на всех этапах лечения возможно повреждение слизистой оболочки полости рта и десны, ощущение дискомфорта.

-хронические заболевания челюстно-лицевой области, включая кариес зуба, могут быть причиной развития невралгии и неврита тройничного нерва. Любые лечебные манипуляции в полости рта могут спровоцировать развитие клинических проявлений этих заболеваний.

4.3. Во время лечения корневых каналов:

- ощущение дискомфорта после лечения, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор назначит препараты, если сочтет это нужным.

- имеется определенный процент (3-5%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба.

- при эндодонтическом лечении с применением операционного микроскопа Zeiss процент неудач эндодонтического лечения составляет 0,1-0,2%.

- во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба.

4.4. При перелечивании корневых каналов:

- процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:

ⓐ с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;

ⓑ с сильной калцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорацией, поломки инструментов). При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии;

- возможна преждевременная утрата зуба в следствие прогрессирования заболевания пародонта;

- возможна преждевременная утрата зуба в следствие раскола корня зуба при повышенной механической нагрузке на зуб.

4.5. Возможные осложнения при восстановлении зубов керамическими винирами, вкладками и накладками:

- после фиксации временных и постоянных ортопедических конструкций, установленных на витальные зубы (зубы не подвергавшиеся ранее эндодонтическому лечению, т.е. не подвергавшиеся лечению корневых каналов), возможно возникновение повышенной чувствительности к температурным и химическим раздражителям, которая может длиться от нескольких дней до нескольких месяцев. В случае сильной чувствительности- возможно потребуются проведение эндодонтического лечения (лечение корневых каналов).

- на всех этапах лечения возможно травматическое повреждение десневого края, ощущение дискомфорта.

- возможна расцементировка изготовленных ортопедических конструкций во время эксплуатации, что потребует последующей их фиксации.

4.6. Во время просушивания зубов, десны, корневого канала возможно образование подкожной эмфиземы. Как правило, эмфизема разрешается самостоятельно без дополнительного лечения и полностью исчезает в течение 2-5 дней.

4.7. Во время и после анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, ощущение дискомфорта аллергические реакции, онемение губ, щек, языка которые могут продлиться от нескольких часов до нескольких недель.

4.8. При приеме антибиотиков и анальгетиков (в случае их назначения): аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

4.9 В случае лечения зуба с имеющейся внутренней или наружной резорбцией, я понимаю, что лечение является способом временно сохранить зуб, условным, и в последствии зуб с резорбцией может

подлежать удалению.

- Я осознаю, что обязан (а) незамедлительно сообщить моему лечащему врачу обо всех изменениях моего здоровья.

5. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

- знаю, что в большинстве случаев для того, чтобы провести лечение **зуба, покрытого ортопедической конструкцией (например коронкой)**, необходимо ее снять, а затем изготовить новую ортопедическую конструкцию;

- я понимаю, что в случае значительного разрушения твердых тканей зуба(ов) (> 50%) для полного восстановления функциональной целостности зуба, необходимо восстановить утраченный объем тканей вкладкой (коронкой). Я понимаю, что восстановление формы зуба из пломбировочного материала не позволит полностью восстановить его функциональную целостность, а также не может быть эстетически совершенным. Восстановление зуба из пломбировочного материала является временным.

Я знаю, что в случае восстановления зуба штифтовой конструкцией (анкерным или стекловолоконным штифтом, литой культевой вкладкой) имеется повышенный риск перелома корня зуба в случае несвоевременного протезирования зуба, либо при повышенной окклюзионной нагрузке при частичном отсутствии зубов, патологическом прикусе, бруксизме.

- в случае незавершенного лечения зуба (зуб под временной пломбой или временной коронкой или временным виниром) и при не соблюдении режима посещений и длительном ношении временных конструкций возможно развитие осложнений: кариозного процесса, болезней пульпы и периодонта, заболеваний пародонта, нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба;

- я полностью информировал (а) врача о наличии у меня аллергических реакций и соматических заболеваний, так как понимаю, что результат моего лечения зависит, в том числе и от моего исходного состояния здоровья, а также анатомических особенностей моего организма;

- я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения и предупрежден (на) о необходимости прохождения контрольного осмотра через 6 месяцев.

- при нанесении на зубы проволочной шины или шины из стекловолокна возможна множественная коррекция, что является конструктивной особенностью данного лечения.

Я информирован, что существуют лицевые (орофациальные) боли, причиной которых могут быть заболевания опорно-двигательной системы, нервной системы, а также психосоматические причины. Подобные расстройства должны лечиться у специалистов разного профиля: стоматолог, лор-врач, челюстно-лицевой хирург, невролог, мануальный терапевт, физиотерапевт, врач по лечебной физкультуре, психиатр. Возможны проявления атипичной лицевой боли не поддающейся лечению.

6. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Я понимаю, что мне не было дано каких-либо гарантий по поводу моего излечения, а гарантировано лишь то, что все необходимые и согласованные со мной лечебные манипуляции будут выполнены в соответствии с существующими стандартами и требованиями

Гарантия определяется на восстановление коронковой части зуба индивидуально в зависимости от исходного состояния зуба.

Эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя гарантировать, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем, если зуб не будет покрыт коронкой.

Я понимаю и согласен, что клиника не может нести ответственность за качество ранее проведенного лечения в других медицинских учреждениях и возникновение медицинских осложнений, связанных с обострением уже имеющихся хронических воспалительных процессов при перелечивании таких зубов.

Я понимаю, что претензии по эстетике, форме и цвету реставрации (виниры, вкладки, накладки) я могу предъявлять в период до фиксации реставрации. После того, как я поставлю свою роспись в акте выполненных работ о том, что претензий к эстетике реставрации, форме и цвету не имею и разрешаю постоянную фиксацию ортопедической конструкции все коррекции по форме и цвету будут осуществляться за мой счет.

7. Мне названы и со мной согласованы:

- цель лечения;

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

- сроки проведения лечения.

- информированное добровольное согласие действует 1 (один) год с момента подписания.

Я предупрежден(а) о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций, режима приема лекарственных препаратов, неявка в назначенное время на этапы лечения, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я понимаю, что если после пломбирования и окончания действия анестезии пломба мешает смыканию зубов, то необходимо в ближайшее время обратиться к лечащему врачу.

Я понимаю, что беспокойство от посещения стоматолога и проводимых манипуляций, включая местную анестезию, могут оказывать влияние на скорость психомоторной реакции, что влияет на способность управлять транспортом или работе с механизмами.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. 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)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом. Я информирован, что каждые 6 месяцев я должен самостоятельно обращаться в клинику для записи на диспансерный осмотр.

Мне сообщено, что в случае возникновения возможных осложнений -необходимо немедленно обратиться к лечащему врачу для возможного дополнительного терапевтического или хирургического лечения, результат которого зависит от своевременности обращения за медицинской помощью.

Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере и возможных последствиях медицинского вмешательства, разъяснены все возможные исходы и альтернативы предложенному медицинскому вмешательству.

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути, условиях лечения , значениях всех стоматологических терминов и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Со всеми пунктами данного документа я согласен(а) и принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента ✓ _____

Дата _____

Подпись врача _____

Дата _____

ВСЕ ВИДЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

394026 г. Воронеж, Московский пр-т, 24
394043 г. Воронеж, Ленина, 1046
тел. (473) 21 - 00000



- Наша стоматологическая фирма строго руководствуется:
- Законом РФ «О защите прав потребителей»;
 - Федеральным законом от 21.11.2011г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;
 - Постановлением правительства РФ от 11.05.2023г. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

**Информированное добровольное
согласие на проведение медицинского вмешательства**

Профессиональная гигиена полости рта

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, проживающий(ая) по адресу

Этот раздел согласия заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я, _____
паспорт: _____, выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить гигиенист стоматологический/врач-стоматолог

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим/врачом-стоматологом и понятна информация о сути данной процедуры:

- 2.1. Необходимость и частота проведения профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальным планом профилактических мероприятий, рекомендованных мне лечащим врачом.
- 2.2. Допустимость коррекции назначенного плана и технологий в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения по рекомендованному мне плану профилактических мероприятий.
- 2.3. Возможные альтернативные варианты (в т.ч. отказ от проведения профессиональной гигиены).
- 2.4. Возможность, в результате проведения гигиенической чистки, осветления зубов только до натурального цвета, т.к. эта процедура не относится к отбеливающим технологиям.
- 2.5. **Возможные негативные последствия частичного или полного отказа от проведения профессиональной гигиены, а именно:** прогрессирование заболеваний пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета, оголение корней зубов, появление подвижности, потеря зубов, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений.
- 2.6. **Возможные осложнения на этапах и после лечения, а именно:**
 - 10 в процессе лечения — дискомфорт, образование гематомы, выпадение дефектных пломб; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием;
 - 10 в результате пребывания рта в открытом состоянии во время лечения может появиться тугоподвижность и болезненность в челюсти, и, возможно, будет затруднительно ее раскрывать в течение нескольких дней. Изредка это может быть указанием на наличие дальнейших проблем и потребовать дополнительного лечения у специалистов клиники либо у других специалистов. В случае возникновения этих явлений или других беспокоящих признаков необходимо незамедлительно проинформировать своего лечащего врача.
 - 10 во время просушивания зубов, десны возможно образование подкожной эмфиземы. Как правило, эмфизема разрешается самостоятельно без дополнительного лечения и полностью исчезает в течение 2-5 дней.
 - 10 при наличии в анамнезе заболевания «Герпес», возможно обострение заболевания.
 - 10 после лечения — повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в деснах, отек (припухлость) десны и мягких тканей; временное усиление подвижности зубов, при наличии тяжелой и средней степени пародонтита; обнажение корня зуба (в случае если имелись костные карманы, т.е. частичное отсутствие костной ткани вокруг корня зуба, образовавшиеся в результате пародонтита), при наличии хронического перикоронита (воспаление десны около зуба мудрости), возможно обострение заболевания.

3. Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим/врачом- стоматологом информация о гарантиях, а именно: невозможность обозначения сроков гарантии по причине специфики данной процедуры и индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки).

4. Мне названы и со мной согласованы:

- ⓐ цель лечения;
- ⓐ технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур;
- ⓐ сроки проведения процедур.
- ⓐ информированное добровольное согласие действует 1 (один) год с момента подписания.

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом в запланированные сроки. Я информирован, что 1 раз в 6 мес. или в 1 раз 3 мес. в зависимости от степени тяжести процесса я должен самостоятельно записываться в клинику для проведения диспансерного осмотра. Я информирован, что существуют лицевые (орофациальные) боли, причиной которых могут быть заболевания опорно-двигательной системы, нервной системы, а также психосоматические причины. Подобные расстройства должны лечиться у специалистов разного профиля: стоматолог, лор-врач, челюстно-лицевой хирург, невролог, мануальный терапевт, физиотерапевт, врач по лечебной физкультуре, психиатр.

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться:

- ⓐ консультация стоматолога(ов) иного профиля:
- ⓐ консультация у врача(ей) общего медицинского профиля:

Я подтверждаю, что мною получены рекомендации по уходу за полостью рта, во время и после профессиональной гигиены полости рта. Подпись пациента _____

Мною были заданы гигиенисту все интересующие меня вопросы о сути, условиях лечения, значениях всех стоматологических терминов и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Со всеми пунктами данного документа я согласен(а) и принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Этот раздел бланка заполняет сам пациент, при достижении возраста 15 лет:

Дата _____

Подпись пациента _____

Подпись представителя пациента _____ Дата _____

Подпись врача _____ Дата _____



ВСЕ ВИДЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

394026 г.Воронеж, Московский пр-т, 24
394043 г.Воронеж, Ленина, 1046
тел. (473) 21 - 00000

Наша стоматологическая фирма строго руководствуется:

- Законом РФ «О защите прав потребителей»;
- Федеральным законом от 21.11.2011г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
- Постановлением правительства РФ от 11.05.2023г. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Информированное добровольное согласие на проведение стоматологического хирургического вмешательства.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____, проживающий(ая) по адресу _____,
год рождения _____, соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог

1. Мне разъяснено, что возможно выполнение следующих манипуляций:

- 1) Местное обезболивание (аппликационное, инфильтрационное, проводниковое).
- 2) Операция на альвеолярных отростках:
 - Удаление зуба (зубов).
 - Резекция верхушки корня зуба.
 - Цистомия/Цистэктомия/Гемисекция
 - Компактоостотомия. Реплантация зуба (зубов)
- 3) Хирургическое лечение болезней пародонта:
 - Кюретаж. Гингивотомия. Гингивэктомия. Гингивоостеопластика.
 - Лоскутная операция.
 - Местнопластические операции (вестибулопластика, френулопластика).
 - Пластика кератинизированной десны;
 - Направленная тканевая регенерация;
 - Устранение рецессий, тяжей;
 - Прочие вмешательства
- 4) подготовка к ортодонтическому лечению:
 - раскрытие ретинированных зубов;
 - установка ортодонтических минивинтов и пластин;
- 5) Удаление новообразований;
 - б) Забор крови для проведения процедуры стимуляции ауторегенерации с применением PRF-мембраны.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути, цели, методах, сроках лечения и возможных осложнениях:

Я осведомлен (а), что в случае приема антикоагулянтов необходимо предупредить заранее лечащего врача и отменить их прием за 3-4 дня до хирургического вмешательства, если это антикоагулянты

непрямого действия («Синкумар», «Варфарин», «Кумадин», «Тромбостоп», «Пелетан» и т.д.), за 7 дней до и после хирургического вмешательства в случае, если Вы принимаете «Эликвис» и минимум за 5 дней, если вы принимаете аспирин, **согласовав отмену данных препаратов** со своим лечащим кардиологом или терапевтом;

Я осведомлен (а) о том, что вышеназванное лечебное мероприятие должно проводиться под местной анестезией.

Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимся постинъекционными гематомами, парестезиями, парезами, невритами, невралгиями, онемением губы, щеки, подбородка, языка, зубов. Точную продолжительность этих побочных эффектов невозможно предсказать. В исключительных случаях они могут быть необратимы.

В некоторых случаях для стимуляции ауторегенерации может использоваться PRF (Platelet Rich Fibrin) - это фибрин, обогащенный тромбоцитами, полученный из крови пациента путем центрифугирования в кабинете врача. Для проведения этой процедуры необходим забор крови у пациента.

Процедура стимуляции ауторегенерации фибрином, обогащенным тромбоцитами, предназначена для ускоренного полноценного восстановления тканей организма с применением PRF - мембраны, полученной из крови самого пациента, в зону, подлежащую лечению.

Лечащий врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению процедуры стимуляции ауторегенерации с применением PRF - мембраны и с ходом самой процедуры. У меня была возможность получить исчерпывающую информацию в ответ на интересующие меня вопросы.

Основные осложнения оперативного лечения, обусловленные в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями конкретного пациента. Хирургическое лечение в области верхней челюсти при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе: перфорация дна придаточной пазухи носа и связанное с этим возможное воспалительное осложнение в области верхнечелюстной пазухи; при хирургических вмешательствах в области нижней челюсти: возможно онемение языка, губ, подбородка, зубов нижней челюсти при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу. Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.), выражающиеся в прободении дна полости носа и придаточной пазухи, твердого неба, нижнечелюстного канала, перелома костей верхней и нижней челюстей, флебитах и других неожиданных последствиях. Вследствие оперативного лечения возможно: боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение и кровоизлияние; повреждение пломб, коронок и корней рядом стоящих зубов; натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием; ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель; оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти (при удалении зубов), чтобы не проводить обширную операцию; развитие альвеолита (воспаление лунки удаленного зуба), развитие эмфиземы в случае сложного удаления зуба методом выпиливания с использованием бор машины; рецессия десны у рядом стоящих зубов вследствие атрофии костной ткани. Во время просушивания операционной зоны возможно образование подкожной эмфиземы. Как правило, эмфизема разрешается самостоятельно без дополнительного лечения и полностью исчезает в течение 2-5 дней.

Я понимаю, что не существует метода точно предсказывающего результат восстановления десны после проведения пародонтологического хирургического лечения по устранению рецессии десневого края.

Возможно отторжение слизистого и костного трансплантата, увеличение межзубных промежутков, снижение уровня десны. После проведения лоскутной операции возможно оголение шеек зубов и уплощение зубодесневых сосочков за счет устранения или уменьшения зубодесневых карманов.

Возможно возникновение косметического дефекта в виде черных треугольников между зубами.

Патология прикуса препятствует нормальному заживлению постоперационной раны, может спровоцировать рецидив состояния как в ближайшие, так и отдаленные сроки.

Возрастные изменения и общесоматические заболевания могут привести к рецидиву ранее устраненных рецессий мягких тканей, ухудшению состояния тканей пародонта, вплоть до потери зубов.

Не соблюдении индивидуальной гигиены полости рта, не регулярное посещение пародонтолога с целью

профилактики может привести к рецидиву состояния или усугубить его вплоть до потери зубов.

Я понимаю, что в результате пребывания рта в открытом состоянии во время лечения может появиться тугоподвижность и болезненность в челюсти, и, возможно, будет затруднительно ее раскрывать в течение нескольких дней. Изредка это может быть указанием на наличие дальнейших проблем и потребовать дополнительного лечения у специалистов клиники либо у других специалистов. В случае возникновения этих явлений или других беспокоящих признаков необходимо незамедлительно проинформировать своего лечащего врача.

Я информирован, что существуют лицевые (орофациальные) боли, причиной которых могут быть заболевания опорно-двигательной системы, нервной системы, а также психосоматические причины.

Подобные расстройства должны лечиться у специалистов разного профиля: стоматолог, лор-врач, челюстно-лицевой хирург, невролог, мануальный терапевт, физиотерапевт, врач по лечебной физкультуре, психиатр.

Возможны проявления атипичной лицевой боли не поддающейся лечению.

Я проинформирован (а) о возможных последствиях приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я осведомлен, что при наличии в анамнезе заболевания "Герпес" - возможно обострение заболевания после любого стоматологического вмешательства.

Знаю, что после хирургического лечения, в случае необходимости, потребуется неоднократное посещение клиники для проведения контрольного наблюдения, ведения послеоперационной раны, снятия швов.

Знаю, что в случае отсутствия положительной динамики или прогрессирования воспалительного процесса во время лечения - возможно продолжение лечения в условиях стационара.

Я осознаю, что должен (а) незамедлительно сообщить моему лечащему врачу обо всех изменениях моего здоровья.

Мне понятно, что послеоперационный реабилитационный (восстановительный) период строго индивидуален по длительности и характеру течения.

Я осведомлен (а), что отсутствие регенерации в зоне костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

При этом я информирован(а) о других **альтернативных** способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я также информирован (а), что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственным. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширения или отказ от запланированного объема). В дальнейшем, после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны, могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического (зубопротезного) лечения.

Я понимаю, что в ряде случаев существует необходимость рентгенологического контроля качества лечения. Я проинформирован (а), что после проведения лечения без рентгенографии возможно возникновение и развитие различных осложнений. Я согласен (на), что дентальные снимки будут храниться в амбулаторной карте.

Я подтверждаю, что назвал (а) все известные имеющиеся у меня болезни и недуги и лекарственные препараты, которые принимаю сейчас и принимал в прошлом. Знаю, что прием бисфосфонатов («Зомета», «Бонвива», «Золендронат», «Бондронат», «Бонива» и т.п.) является противопоказанием к плановому хирургическому стоматологическому лечению и пожизненным противопоказанием к имплантации зубов в связи с большой степенью вероятности получения серьезных осложнений, вплоть до некроза челюсти. Я подтверждаю, что добросовестно ответил (а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

3. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения: появление либо нарастание болевых ощущений, прогрессирование заболевания, переход его в более тяжелую форму, необходимость госпитализации и лечение в условиях стационара, а также нарушения общего состояния организма, обострение системных заболеваний.

Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения. Мне понятен предполагаемый метод лечения, а также согласен (на) с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям.

4. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Я понимаю, что мне не было дано каких-либо гарантий по поводу моего излечения, а гарантировано лишь то, что все необходимые и согласованные со мной лечебные манипуляции будут выполнены в соответствии с

существующими стандартами и требованиями. Невозможно предсказать успешность хирургического лечения по причине медицинской специфики данной операции, особенностей десен и костной и костной ткани пациента и реакцией организма.

Я информирован (а), что в случае отторжения костного блока или костного заменителя или мембраны мне может быть проведена повторная операция (бесплатно). В том случае я должен (а) буду оплатить только стоимость расходных материалов для повторной операции.

Знаю, что успешность хирургического лечения снижается у курящих людей из-за недостаточного поступления кислорода в ткани.

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана лечения и индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом. Я информирован, что каждые 6 месяцев я должен самостоятельно записываться в клинику для проведения диспансерного осмотра.

О требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после нее я осведомлен (а), в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством; после операции необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта и посещение врача на контрольные осмотры в назначенное время.

Я предупрежден (а) о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций врача, режима приема лекарственных препаратов, неявка в назначенное время на этапы лечения, последующие профосмотры, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я подтверждаю, что мною получены рекомендации по уходу за полостью рта, во время и после

проведенного хирургического вмешательства Подпись пациента ✓ _____

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути, условиях лечения, значениях всех стоматологических терминов и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. 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)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Со всеми пунктами данного документа я согласен(а) и принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента ✓ _____

Дата _____

Подпись врача _____

Дата _____