**СПб ГБУЗ “ГСП № 2”**

**Добровольное информированное согласие на проведение**

**пародонтологического лечения**

“ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее добровольное соглашение  составлено в соответствии c действующим законодательством.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ осознаю, что этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился/лась с лечением и мог/могла либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение пародонтологического лечения.

Врач поставил мне следующий диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и указал на необходимость лечения заболевания.

**План лечения включает:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1) профессиональная гигиена полости рта; |   | 4) терапевтическая санация; |
| 2) консервативное лечение; |   | 5) хирургическая санация; |
| 3) хирургическое лечение: |   | 6) ортопедическое лечение; |
| [ ]кюретаж;[ ] гингивэктомия; [ ] лоскутная операция;[ ] лоскутная операция с применением остеотропныхпрепаратов; [ ] пластика уздечки губ, языка, щек; .[ ]вестибулопластика; |   | 7) общесоматическое лечение у врача-терапевта;8) физиотерапевтическое лечение;9) диспансерное наблюдение |

**Последствиями моего отказа от данного лечения могут быть следующие:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ] прогрессирование заболевания; |   | [ ] потеря зуба; |
| [ ] частые обострения хронического воспалительного         процесса |   | [ ] атрофия костной ткани, которая осложнит дальнейшее ортопедическое лечение и имплантацию |
| [ ] появление либо нарастание болевых ощущений; |   |   |
| **Альтернативными методами лечения являются:** |   | [ ] удаление пораженного зуба (зубов); |
|   |   | [ ] консервативное лечение. |

Комплексное пародонтологическое лечение имеет высокий процент клинического успеха. Тем не менее, я понимаю, что оно является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и поэтому любая медицинская манипуляция не может иметь гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех этапов.

**Врач также информировал меня о возможных осложнениях пародонтологического лечения:**

[ ] вторичное обострение пародонтита;

[ ] рецессия десны (оседание десны вследствие ее длительного воспаления);

[ ] отсутствие существенных результатов лечения.

Я осведомлен/а о возможных осложнениях во время анестезии и приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и в настоящее время. Также доктор мне разъяснил, что при запущенном течении заболевания полное выздоровление невозможно. Но есть возможность приостановить развитие заболевания и перевести его в стадию ремиссии (временного улучшения). Понимая сущность предложенного лечения и индивидуальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать конечный результат планируемого лечения.

Я понимаю, что для поддержания положительных результатов лечения мне необходимо посещать регулярно врача с целью: диспансерных осмотров (1 раз в 6 месяцев), рентгенологического контроля уровня костной ткани, профессиональной гигиены полости рта в рекомендованные сроки, поддерживающего лечения, включая хирургию пародонта по показаниям. Я осознаю необходимость регулярно проводить личную гигиену полости рта.

Я также информирован/а о том, что врач может назначить мне необходимые дополнительные медикаментозные препараты, а также направить на консультацию, диагностику и лечение у специалистов-стоматологов и врачей-интернистов, поскольку мое заболевание требует комплексного лечения.

Я имел/а возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил/а на них исчерпывающие ответы.

Я внимательно ознакомился/лась с данным приложением и понимаю, что информированное согласие или информированный отказ от лечения  является неотъемлемой частью истории болезни.

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **доверяю** врачу-стоматологу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

провести мне пародонтологическое лечение.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **отказываюсь от проведения пародонтологического лечения**.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_