

**Інформована добровільна згода  
на проведення медичного стоматологічного втручання  
/пародонтологічне лікування/**

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ року народження, цим документом підтверджую факт надання усвідомленої згоди на проведення **пародонтологічного лікування** (лікування запальних ясен та навколо зубних тканин (пародонту) **в Амбулаторії ГТОВ «УСМІШКА» ЛТД.**

Своїм власним підписом я підтверджую, що у повністю зрозумілому та доступному вигляді мені була надана інформація стосовно стану мого здоров'я, поставленого діагнозу, можливого прогнозу, ризиків і ускладнень лікування, а також найбільш ефективних для мене методів лікування. Мені зрозуміло, що альтернативним методом лікування є відсутність самого лікування.

Мені була надана можливість поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні та зрозумілі для мене відповіді. Після консультації я мав (-ла) достатньо часу і можливостей все обміркувати та порадитися з іншими особами (близькими та родичами, спеціалістами тощо). У мене немає недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації і намірів лікарів та інших медичних працівників Амбулаторії, де я буду проходити стоматологічне лікування.

Після пояснення лікаря я зрозумів (-ла), що пародонтологічне лікування має на меті усунення вогнищ інфекції в порожнині рота з метою продовження строку служби зубу (зубів), оздоровлення порожнини рота і всього організму. В ході лікування можуть бути використані консервативні методи (полірування зубів, медикаментозна обробка, зняття зубних відкладень, закритий кюретаж пародонтальних кишень), хірургічні методи (відкритий кюретаж пародонтальних кишень - клаптева операція, нарощування кісткової тканини, пластика ясен), ортодонтичні і ортопедичні методи (шинування, протезування).

Наслідками відмови від цього лікування можуть бути: прогресування захворювання, розвиток інфекційних ускладнень, поява або наростання больових відчуттів, втрата зуба (-ів), а також системні прояви захворювання. Альтернативою цього лікування є: видалення ураженого зуба (-ів); відмова від лікування як такого. Хоча пародонтологічне лікування і гігієна порожнини рота має високий відсоток клінічного успіху, тим не менш, я розумію, що воно є біологічною процедурою і тому не може мати стовідсоткової гарантії на успіх. Розуміючи сутність запропонованого лікування і унікальність власного організму, я згоден (-а) з тим, що ніхто не може передбачити точний результат планованого лікування.

Мені були пояснені всі можливі результати лікування, а також те, що проведення цього лікування може супроводжуватися хворобливими відчуттями, ризиком інфекційних ускладнень, порушень з боку серце-судинної системи та інших систем життєдіяльності організму, розвитку запалення в області проведення втручання, ненавмисного заподіяння шкоди здоров'ю. Ускладнення оперативного лікування також можуть бути обумовлені наявністю вже наявного хронічного чи гострого патологічного процесу щелепно-лицевої ділянки, загострення прихованої герпетичної інфекції. У цьому випадку лікар гарантує надання повного обсягу медичної допомоги для вирішення зазначених проблем і при необхідності залучення інших фахівців.

Мені зрозуміло, що післяопераційний період в разі проведення операцій на пародонті, суто індивідуальний за тривалістю і характером перебігу. Може виникнути набряклість ясен або обличчя в області хірургічного втручання. Ці явища можуть тривати протягом декількох днів. Внаслідок оперативного лікування також можливе виникнення оніміння в області втручання, формування рубця. Я обізнаний (-а), що відсутність регенерації

кісткового дефекту не прогнозовано і може привести до необхідності нового оперативного втручання.

Мені відомо, що тільки під час оперативного втручання на пародонті, може бути остаточно визначений обсяг операції (його розширення або зменшення).

Мені відомо, що до початку виконання медичної лікувальної маніпуляції я можу відмовитися від її проведення.

Мені повністю зрозумілий запропонований метод лікування, а також я згоден (-на) з можливим розширенням його обсягу і змінами в процесі операції за показаннями. Я підтверджую, що в анамнестичній Анкеті назвав (-ла) всі відомі мені наявні у мене хвороби і нездужання. Я підтверджую, що сумлінно відповів (-ла) на всі питання фахівців, не приховавши ніякої інформації про стан свого здоров'я.

Я інформований (-на) про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків. Я проінформував (-ла) лікуючого лікаря, про усі випадки алергії до медикаментозних препаратів у минулому, про алергічні прояви (їх відсутність) в цей час.

Я віддаю собі звіт, що можливі ускладнення після цього лікування, в разі їх настання, не є прогнозованою шкодою здоров'ю і усуваються належним чином в межах Медичного закладу або при показаннях в умовах стаціонару щелепо-лицевого відділення.

Я попереджений (-на) і усвідомлюю, що відмова від медичного втручання, його припинення на мою вимогу, недотримання лікувально-охоронного режиму, рекомендацій лікаря, режиму прийому препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити процес лікування і негативно позначитися на стані здоров'я.

Текст цього документу мною прочитано та своїм підписом я підтверджую, що повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено. Я розумію, що ця згода є юридичним документом і тягне для мене правові наслідки.

Цей документ є невід'ємною частиною медичної карти стоматологічного хворого.

Підпис пацієнта \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(підпис) (П.І.Б.)

Лікуючий лікар \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(підпис) (П.І.Б.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.