Форма информированного согласия на пародонтологическое хирургическое вмешательство

Periodontal Surgery

Парадонтологическое хирургическое вмешательство проводится в случаях запущенного заболевания десен в целях предотвращения дальнейшего развития заболевания. Как правило, операция проводится под местной анестезией.

Имя пациента: _____

фамилия имя имя отца удостоверение личности

Я подтверждаю получение подробных устных пояснений от доктора: _____

фамилия имя

о необходимости проведения хирургической операции на верхней / нижней челюсти / обоих челюстях: _____

_____

_____ (далее – «основное лечение»)

Мне предоставили объяснения о необходимом лечении и возможных альтернативах методах лечения, применимых в моем случае, включая консервативное лечение десен, и все они были рассмотрены по сравнению с выбором проведения хирургического метода лечения. Мне объяснили, что проведение операции на деснах не позволит вернуть десны в их первоначальное состояние.

Мне также объяснили риски, связанные с отказом от лечения заболеваний десен, включая потерю зубов, рецессию (опускание) десен, потерю костной массы, развитие кариеса, чувствительность зубов к холоду и теплу, сложности, связанные с уходом за полостью рта, рецидивирующие инфекции и кровоточивость десен. Мне пояснили, что успех лечения десен и/или уменьшение дентологической проблемы с деснами зависит от тяжести заболевания десен до лечения и иных факторов риска, таких как курение, сахарный диабет и употребление алкоголя.
Мне рассказали о побочных эффектах от основного лечения, в том числе: рецессия десны и ее отдаление от коронки зуба, обнажение существующих краев коронки, более длинный внешний вид зубов, чувствительность зубов к теплу и холоду, отечность, боль и подкожное кровоизлияние в области лица и шеи.

Кроме того, мне также разъяснили риски и возможные осложнения вследствие основного лечения, в том числе: развитие инфекционного процесса, ограничение открывания рта и подвижность зубов вплоть до возникновения необходимости их удаления. Кроме того, мне рассказали о риске повреждения нервов, что проявляется в снижении чувствительности до временной или постоянной потери чувствительности в деснах, губах, и/или языке, и/или подбородке, и/или лице. Мне рассказали о том, что методы и продолжительность послеоперационного восстановления костной ткани и десен индивидуальны и непредсказуемы и могут длиться около двух недель. Мне также объяснили, что хирургическое лечение в комбинации с приемом медикаментов, используемых для лечения заболеваний костей, таких как остеопороз, метастазы, множественная миелома, и особенно в сочетании со стероидной терапией, курением и диабетом, увеличивают риск развития хронического воспаления до некроза челюстной кости.
Мне объяснили и я понял(-а) важность взаимодействия с врачом, следования инструкциям медицинского персонала, которые включают в себя, среди всего прочего: строгий уход за полостью рта, профилактическую обработку десен стоматологом-гигиенистом и/или врачом по их усмотрению, а также регулярное проведение осмотров в установленные сроки.

Я даю согласие на выполнение основного лечения.
Я также даю свое согласие на проведение местной анестезии после того, как я получил подробное объяснение о рисках и осложнениях от анестезии, включая нарушение чувствительности губ и/или языка, и/или подбородка, и/или лица, подкожное кровотечение, отек и временное ограничение открывания рта.

Если будет принято решение о проведении основного лечения под общей анестезией или внутривенной седацией, анестезиолог предоставит мне пояснения об анестезии.

_____

дата подпись пациента

_____

имя опекуна подпись опекуна

(если пациент является недееспособным или душевнобольным)

Я подтверждаю, что я устно объяснил пациенту / опекуну пациента*/переводчику на доступном ему/ей язык, рассказал все детально и пациент подписал в моем присутствии бланк информированного согласия, после того как он подтвердил, что он понял предоставленные ему пояснения.
Имя переводчика / степень родства с пациентом: _____

_____

имя врача подпись врача № лицензии

04.11.2020