

**МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР  
ТОВ «МЕРЕЖА ЕСТЕТИЧНИХ КЛІНІК  
«АКУЛА»»**

Медична карта №

## **Інформована згода на проведення пародонтологічного лікування**

Я, \_\_\_\_\_

цим підтверджую факт надання усвідомленої згоди на проведення пародонтологічного лікування (лікування ясен і м'яких тканин, що оточують зуби).

**Діагноз** (заповнюється лікарем): \_\_\_\_\_

Лікування буде проводити **лікар-стоматолог** \_\_\_\_\_

У мене немає недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації та намірів лікаря, який буде проводити втручання.

Своім підписом я підтверджую, що до початку лікування мені у повністю зрозумілому та доступному вигляді була надана інформація стосовно стану мого здоров'я, поставленого діагнозу, можливого прогнозу, найбільш ефективних для мене методів лікування, а також ризиків і ускладнень запланованих медичних втручань.

Я повністю зрозумів (ла) мету та характер медичних втручань, їх лікувальний ефект. Я мав (ла) можливість поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні, зрозумілі для мене відповіді.

**Лікар пояснив мені суть лікування та повідомив про наступне:**

1. Пародонтологічне лікування має на меті усунення вогнищ інфекції в порожнині рота з метою продовження строку служби 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 ясна), ортодонтичні і ортопедичні методи (шинкування, протезування).
2. Незважаючи на те, що лікування пародонту має дуже високий відсоток клінічного успіху, воно також є втручанням в унікальну біологічну систему організму людини, в якому всі процеси протікають індивідуально, та, як будь-яке медичне втручання, не може мати стовідсоткової гарантії на успіх, навіть при ідеальному виконанні всіх етапів.
3. Наслідками відмови від лікування можуть бути:
  - прогресування захворювання пародонту;
  - розвиток інфекційних ускладнень;
  - поява або наростання болю;
  - загострення системних захворювань організму;
  - втрата зуба;
  - неприживлюваність імплантату.
4. Альтернативними методами лікування є:
  - видалення ураженого зуба (зубів);
  - відсутність лікування взагалі.
5. Можливі ускладнення лікування:
  - набряк, гіперемія, біль, свербіння, підвищення температури;
  - гематоми в області ін'єкцій;
  - індивідуальна непереносимість призначених медикаментозних засобів;
  - повторний запальний процес пародонта внаслідок незадовільного гігієнічного догляду за порожниною рота;
  - збільшення рухливості зубів;

– непрогнозований перехід процесу з локалізованої форми в генералізовану.

**Зі мною узгоджені:**

1. Індивідуальний рекомендований план лікування та підготовка до нього. Мене також повідомлено про можливість уточнення діагнозу та плану лікування в процесі лікування.
2. Методи та способи запропонованого лікування.
3. Вартість окремих етапів та лікування в цілому. Я розумію, що під час та після лікування стан здоров'я може змінюватися, тому, за розсудом лікаря, для досягнення сприятливого результату може бути призначена додаткова чи альтернативна терапія. Про зміни вартості лікування лікар повідомить мене додатково.
4. Строки проведення лікування. Мене також попереджено, що строки лікування можуть бути продовжені у випадку нерегулярного відвідування, невиконання рекомендацій лікаря або через біологічні особливості стану тканин ротової порожнини.

**Я повністю усвідомлюю та погоджуюсь з наступним:**

1. Мені не можуть бути надані стовідсоткові гарантії щодо успішності результатів лікування, однак я розумію необхідність лікування даного захворювання, проведення професійної гігієни порожнини рота, а також зняття зубних відкладень. Мені гарантоване проведення лікування фахівцем відповідної кваліфікації, застосуванням їм якісних матеріалів і інструментів з дотриманням відповідних методик і правил санітарно-епідеміологічного режиму.
2. Пародонтологічне лікування є втручанням в біологічну систему організму, в якому всі процеси протікають індивідуально, та, як будь-яке медичне втручання, не може мати стовідсоткової гарантії на успіх, навіть при ідеальному виконанні всіх етапів. Іноді можливі відхилення від затвердженого плану лікування у вигляді позапланових маніпуляцій та / або зміни строків лікування.
3. Мені не можуть бути надані стовідсоткові гарантії щодо успішності результатів лікування, однак мені гарантоване проведення лікування фахівцем відповідної кваліфікації, застосуванням їм якісних матеріалів і інструментів з дотриманням відповідних методик і правил санітарно-епідеміологічного режиму.
4. Умовою ефективного лікування є виконання плану індивідуальних профілактичних заходів, що рекомендовані лікарем. Я погоджуюся виконувати всі рекомендації лікаря, у т.ч. щодо режиму та обмежень у харчуванні, догляду за зубами та конструкціями тощо, а також приходити на контрольні профілактичні огляди за графіком, узгодженим з лікарем.
5. Я розумію необхідність рентгенологічного контролю якості лікування, при необхідності використання PRF мембрани для поліпшення приживлення і регенерації тканин. Мембрану виготовлять з моєї крові перед використанням і в моїй присутності.
6. Куріння різко знижує успіх пародонтологічного лікування, тому у випадку паління лікар не може гарантувати мені успіх лікування.
7. Мені пояснені всі можливі результати, а також альтернативи до запропонованого лікування.
8. Я погоджуюся на тип анестезії за вибором лікаря. Я проінформований (на) про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків. Я надав (ла) лікарю всі необхідні результати лабораторних аналізів, функціональних досліджень та повідомив (ла) точні данні про фізичне та психічне здоров'я, в т.ч. про всі алергічні реакції на медичні препарати (матеріали), їжу, пил, укуси комах, анестетики, що мали місце, а також про хвороби крові, кровотечі, специфічні реакції ясен, шкіри тощо.
9. У випадку виникнення непередбачуваних ситуацій чи ускладнень під час медичних втручань я заздалегідь даю згоду на застосування всіх необхідних можливих заходів з їх усунення.
10. Я маю право відмовитися від запропонованого лікування на будь-якому етапі його здійснення. Мені роз'яснені всі можливі наслідки такої відмови при наявному захворюванні і його можливе прогресування при незавершеному лікуванні. Я усвідомлюю, що у випадку відмови від завершення лікування в Центрі лікар не несе відповідальності за подальші результати лікування.

Я даю згоду на фотографування та/або відеозйомку обличчя та ротової порожнини до, під час та після лікування. Я розумію, що це необхідно для здійснення діагностично-лікувального процесу та контролю перебігу захворювання. Ці матеріали та медична карта є власністю Центру та можуть бути опубліковані в медичній літературі або продемонстровані для медичного навчання без ідентифікації особистості.

Я даю згоду на обробку та внесення до локальної інформаційної системи Центру моїх персональних даних, у т.ч. щодо стану здоров'я, діагнозів, призначеного лікування, його перебігу.

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