

**Информированное добровольное согласие  
на хирургические методы лечения болезней периапикальных тканей  
(тканей, окружающих корень зуба)**

г. Москва

Дата Заключения Договора

Я, Фамилия Имя Отчество Пациента

(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня заболевания \_\_\_\_\_

**Мне разъяснено, что периодонтит, пародонтит, пародонтоз** – это различные виды заболеваний воспалительной или невоспалительной природы в периапикальных тканях, то есть тканях, окружающих зуб, а также даны разъяснения о конкретной разновидности диагностированного у меня заболевания:

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>К04.4</b> Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения</li> <li><input type="checkbox"/> <b>К04.5</b> Хронический апикальный периодонтит</li> <li><input type="checkbox"/> <b>К04.6</b> Периапикальный абсцесс с полостью</li> <li><input type="checkbox"/> <b>К04.7</b> Периапикальный абсцесс без полости</li> <li><input type="checkbox"/> <b>К04.8</b> Корневая киста</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>К04.9</b> Другие и неуточненные болезни пульпы и периапикальных тканей (ранее проведенная некачественная эндодонтическая терапия зуба могущая вызвать впоследствии воспалительный процесс в периапикальных тканях зуба)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>К05.3</b> Хронический пародонтит</li> <li><input type="checkbox"/> <b>К05.4</b> Пародонтоз</li> <li><input type="checkbox"/> <b>К05.5</b> Другие болезни пародонта</li> <li><input type="checkbox"/> <b>К05.6</b> Болезнь пародонта неуточненная</li> </ul> |
|--|---|

**Мне разъяснено и понятно**, что зачастую лечение этих заболеваний лишь терапевтическими методами, информированные добровольные согласия на которые были подписаны мною ранее, может оказаться неполным и не приведет к положительному результату. В этом случае после терапевтического лечения для увеличения вероятности положительного исхода лечения, с учетом тяжести моего заболевания, могут быть проведены следующие виды хирургического вмешательства:

- **Резекция верхушки корня зуба** – хирургическое отсечение части корня зуба с возможным ретроградным пломбированием канала зуба.
- **Ампутация корня зуба** – полное удаление одного или нескольких корней во многокорневых зубах, с сохранением коронковой (наддесневой) части зуба над удаляемыми корнями.
- **Гемисекция корня зуба** - полное удаление одного или нескольких корней во многокорневых зубах, без сохранения коронковой (наддесневой) части зуба над удаляемыми корнями.
- **Коронорадикулярная сепарация** – разделение корней и коронковых частей зуба на два самостоятельных сегмента.
- **Цистотомия** - метод хирургического лечения кисты, при котором удаляют переднюю стенку кисты и сообщают ее с преддверием или с собственно полостью рта.
- **Цистэктомия** - радикальная операция, при которой проводят полное удаление кисты, ее оболочки с возможной резекцией верхушки корня зуба.

Все эти оперативные вмешательства производятся через разрез слизистой оболочки со стороны преддверия полости рта с откидыванием слизисто-надкостничного лоскута и, почти всегда, с последующим возвращением его «на место». Для скорейшего восстановления целостности костной ткани стоматологом могут использоваться специальные костеобразующие материалы (Bio-OSS, Швейцария, Per Gen, США, и др.) и мембраны (НРТ Bio-Gite, НРТ Gore-Tex и др.), а также возможна пересадка собственной кости пациента как в «смеси» с костеобразующими материалами, так и без них.

**Я также предупрежден(а) о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение следующих осложнений заболевания:** прогрессирование заболевания, развитие

инфекционных осложнений (остеомиелит челюсти; гнойное воспаление лица и шеи; острый сепсис и др.), появление или нарастание боли, обострение системных заболеваний организма, летальный исход. **Альтернативными методами лечения являются:** удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения вообще.

**Мне разъяснено, понятно, и я принимаю то, что ни доктор, проводящий хирургическое вмешательство, ни клиника не предоставляют никаких гарантий на данную медицинскую услугу, так как хирургические методы лечения болезней периапикальных тканей являются дополнительными, вспомогательными, всего лишь увеличивающими вероятность спасения зуба. Все ортопедические конструкции, опирающиеся на прооперированные зубы, не являются надежными и могут рассматриваться исключительно как временные.**

**Я понимаю и принимаю то, что при указанных оперативных вмешательствах положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.**

**Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:**

- рецидив воспалительного процесса в периапикальных тканях зуба, травма других зубов;
- появление или нарастание боли, кровотечение, осложнения воспалительного характера (альвеолит, остеомиелит и др), перфорация дна верхнечелюстной пазухи или дна носовой полости, проталкивание удаляемого зуба в мягкие ткани и полости, перелом челюстных костей, вывих нижней челюсти, травма нервов в области удаляемого зуба и, как следствие, онемение участка кожи лица и губ, которое может сохраняться 3-6 месяцев и более, ограничение открывания рта, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

**Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении в послеоперационном периоде возможны болезненные ощущения и отеки.**

**Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после хирургического лечения болезней периапикальных тканей являются болевые ощущения в области прооперированного зуба и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику ООО «ПРОФИСТОМ» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.**

**Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.**

**Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом ООО «ПРОФИСТОМ».**

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

**Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства**  
\_\_\_\_\_ (подпись)