

**Информированное добровольное согласие
на проведение профессиональной гигиены полости рта**

город Москва

«_____» _____ 20__ г.

Я, _____,
(ФИО лица, которое подписывает согласие)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим подтверждаю свое согласие на проведение

(ФИО пациента – указывается в случае, если согласие подписывается законным представителем пациента)

профессиональной гигиены в ООО «АДЕНТЕ» (ОГРН 1217700162118).

1. Целью медицинского вмешательства является:

чистка зубов и всей ротовой полости от мягкого бактериального налета, устранение твердых зубных отложений (зубного камня), предупреждение развития основных заболеваний – кариеса, пародонтита, пародонтоза.

2. Характер, способ и этапы медицинского вмешательства

Врачом мне было разъяснено, что медицинское вмешательство включает в себя следующие этапы:

- увлажнение губ,
- установка ретрактора (роторасширитель) для визуализации полости рта,
- окрашивание зубов для выявления зубных отложений,
- удаление твердых зубных отложений с помощью ультразвука,
- полировка зубов щеткой и специальными пастами.

3. Наличие и виды альтернативного медицинского вмешательства

Я информирован(а), что альтернативные виды проведения медицинского вмешательства отсутствуют.

Также мне известно о возможности моего отказа от проведения медицинского вмешательства. При этом, обдумав возможность отказа от медицинского вмешательства, я даю согласие на проведение профессиональной гигиены.

4. Противопоказания

Я информирован(а) о наличии следующих противопоказаний к медицинскому вмешательству:

Абсолютные противопоказания: патологии сердца, кардиостимулятор в груди, бронхиальная астма, эпилепсия, хронический бронхит, нарушения свертываемости крови, онкологические заболевания, туберкулез, ВИЧ, гепатит.

Относительные противопоказания: прием иммунодепрессивных или кортикостероидных препаратов; инфекционные и вирусные заболевания; воспаление слизистой оболочки ротовой полости; сахарный диабет в период обострения; новообразования различной этиологии.

5. Возможные осложнения и риски медицинского вмешательства

Характер возможных осложнений: появление повышенной чувствительности зубов, в том числе усиление чувствительности зубов на дефектах пломб и незащищенных участках дентина – обнаженных корнях, трещинах зубов, кариозных полостях, требующих применения дополнительных клинических методов снижения чувствительности, разрушение эмали зубов, возникновение болезненных ощущений в области десневого края, покраснение, жжение десен, развитие кровоточивости десен во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука, вероятность выпадения пломб с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов.

Я информирован(а) и понимаю, что в случае возникновения осложнений мне необходимо обратиться к лечащему врачу для осмотра.

6. Результаты медицинского вмешательства

Ожидаемыми результатами для здоровья пациента являются:

Положительный эффект от профессиональной гигиены заключается в удалении всех видов зубных отложений. Сроки достижения положительного эффекта, в том числе количество и продолжительность

процедур, необходимых для достижения указанного эффекта, зависят от глубины поражения зубов налетом, причин возникновения зубного камня, индивидуальных особенностей зубной эмали.

Указанный положительный эффект процедуры не распространяется на удаление пигментных пятен, возникновение которых обусловлено кариозными изменениями или последствиями предшествующего стоматологического лечения.

Учитывая естественный процесс возникновения зубного налета, достигаемый положительный эффект от процедуры снятия зубных отложений непостоянен. При этом длительность сохранения полученного результата зависит от качества гигиены полости рта, индивидуальных особенностей организма пациента (в том числе, особенностей зубной эмали), особенностей питания, приема лекарственных препаратов, минерального состава слюны, а также от наличия патологических зависимостей (в частности, курения), возраста пациента, наличия хронических заболеваний.

Врачом мне также было разъяснено:

- о нормальной реакции организма: появление повышенной чувствительности зубов, в том числе усиление чувствительности зубов на дефектах пломб и незащищенных участках дентина – обнаженных корнях, трещинах зубов, кариозных полостях, требующих применения дополнительных клинических методов снижения чувствительности, возникновение болезненных ощущений в области десневого края, покраснение, жжение десен, развитие кровоточивости десен;

- об особенностях ухода после медицинского вмешательства: гигиена два раз в день домашних условиях с помощью средств индивидуальной гигиены, использование флосса, ирригатора;

- о запретах и ограничениях после медицинского вмешательства: в первые сутки исключить употребление красящих, кислых, горячих, холодных продуктов;

- возможных реакций организма в случае невыполнения рекомендаций: окрашивание зубов, чрезмерная чувствительность зубов.

Я информирован(а), что медицинское вмешательство не может гарантировать 100% достижения результата, в том числе из-за:

- индивидуальных особенностей организма,
- в случае неинформирования врача о наличии указанных в разделе 4 противопоказаний,
- невыполнения мной рекомендаций врача.

Я ознакомлен(а) с настоящим информированным добровольным согласием, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, в полном объеме. Я подтверждаю, что располагал(а) достаточным временем, чтобы задать все интересующие меня вопросы, а также для того, чтобы принять решение о согласии на медицинское вмешательство.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, которому доверяю информацию, контактный телефон)

Подпись Пациента _____ (_____) « ____ » _____ 202__ г.

В случае недостижения на момент подписания настоящего согласия пациентом 15-летнего возраста или в отношении пациента, признанного в установленном законом порядке недееспособным, оно подписывается его законным представителем:

Статус законного представителя (мать, отец, опекун, попечитель) _____

_____ (_____) « ____ » _____ 202__ г.
(подпись) (ФИО)

Подпись Врача _____ (_____) « ____ » _____ 202__ г.
(подпись) (должность и ФИО)