

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (профессиональная гигиена полости рта).

Основание – Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым мне вариантом медицинского вмешательства и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Я, _____ (Ф.И.О. полностью), информирован(а) лечащим врачом-стоматологом о состоянии зубов и других органов челюстно-лицевой области. На момент моего обращения за медицинской помощью к врачу-стоматологу я получил(а) разъяснения по поводу поставленного диагноза. Мне даны полные разъяснения о характере заболевания, возможных неблагоприятных эффектах и осложнениях при отсутствии своевременного лечения. Мне предложен рекомендованный стоматологом план лечения.

Профессиональная гигиена полости рта включает удаление инфицированного, пигментированного зубного налёта и минерализованных зубных отложений с поверхностей зубов, полировку поверхностей зубов, а также проведение реминерализующей терапии. Она является неотъемлемой частью курса лечения заболеваний пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса и заболеваний пародонта.

Я проинформирован(а), что в результате профессиональной гигиены полости рта возможно осветление эмали зубов только до естественного цвета.

Мне разъяснено, что во время профессиональной гигиены полости рта может возникнуть **необходимость применения местной аппликационной и (или) инъекционной анестезии** с целью обезболивания медицинских манипуляций. Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, который проинформировал меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Врач-стоматолог в понятной мне форме разъяснил, что применение местной анестезии в некоторых случаях может привести к аллергическим реакциям (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок и др.), к обмороку, коллапсу, травматизации сосудов и нервных окончаний, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами, и др.

Меня проинформировали о том, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я соглашаюсь с тем, что при проведении профессиональной гигиены полости рта возможны:

- дискомфортные ощущения во рту;
- болезненность самих процедур;
- кровоточивость, вызванная исходным состоянием десен;
- аллергические реакции на используемые материалы.

Я соглашаюсь с тем, что во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука или аппарата Air-Flow существует вероятность:

- повреждения, выпадения пломб,
- появление или усиление подвижности зубов,
- повреждение ортопедических конструкций,
- обнажение корней зубов, что потребует соответствующего лечения.

Я предупрежден(а), что после профессиональной гигиены полости рта возможно **возникновение следующих явлений**, которые проходят самостоятельно в срок от нескольких часов до нескольких дней:

- повышенная чувствительность зубов;
- отек (припухлость), кровоточивость десен и мягких тканей;
- гематома, эмфизема мягких тканей;

- натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием.

Мне названы и со мной согласованы технологии, методы и материалы, которые будут использованы в процессе проведения профессиональной гигиены полости рта.

Я проинформирован(а), что **последствиями отказа от проведения профессиональной гигиены полости рта** могут быть:

- развитие и обострение имеющихся заболеваний пародонта,
- развитие кариеса зубов и его осложнений, в том числе потеря зубов.

Я проинформирован(а), что профессиональную гигиену полости рта необходимо выполнять не реже одного раза в 6 месяцев. При этом профессиональная гигиена полости рта не отменяет необходимость проведения ежедневной индивидуальной гигиены полости рта (не менее 2 раз в день).

Я предупрежден(а), что после проведения профессиональной гигиены полости рта, даже регулярного, никто не может гарантировать полное предотвращение развития кариеса зубов и его осложнений, заболеваний пародонта и других стоматологических заболеваний.

Врач-стоматолог разъяснил мне, что **соблюдение рекомендаций врача является обязательным условием сохранения результатов лечения**. Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход проведенного лечения.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что **никто не может предсказать точный результат планируемого лечения и вероятность возникновения нежелательных явлений и осложнений**. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантированно проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно состояния своего здоровья, заболевания и лечения и получил на них исчерпывающие и понятные для себя ответы. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю проведение фото- и видеосъёмки при необходимости для правильной постановки диагноза, составления рекомендованного плана лечения, а также для оценки результатов лечения по его окончании.

Я даю свое согласие на использование информации и описания моего клинического случая, фотографий зубов и полости рта, рентгеновских снимков в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, без указания моего имени и фамилии.

(подпись пациента)

(Ф.И.О. пациента полностью)

(подпись врача)

(Ф.И.О. врача полностью)

_____ 20 ____ г.
(дата)