

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (на проведение профессиональной гигиены полости рта)

Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я, _____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет (для больных наркоманией - не достигших возраста 16 лет), или недееспособных граждан:

Я _____ (Ф.И.О.),

Паспорт серии _____ № _____, выдан _____,

_____ , дата выдачи _____

являюсь законным представителем ребенка (лица, признанного недееспособным) _____

(Ф.И.О., год рождения) даю

информированное добровольное согласие на проведение мне профессиональной гигиены полости рта

ООО «Интермед»

(полное наименование медицинской организации)

(ФИО медицинского работника)

Меня проинформировали, что профессиональная гигиена полости рта предполагает комплекс мероприятий, которые проводятся врачом стоматологом с целью удаления мягких и твердых зубных отложений на зубах, над десной, под десной, очищения пародонтальных каналов.

Мне разъяснили в доступной для меня форме информацию о процедуре - профессиональной гигиене полости рта. Показаниями к её проведению являются: зубные отложения различной этиологии, потемнение некоторых участков эмали, необходимость очистки ортопедических конструкций, потребность в профилактике воспалительных заболеваний пародонта, очистке брекетов и головок имплантатов, при пользовании частичными съёмными протезами, перед фторированием и отбеливанием зубов, перед проведением курса укрепления эмали ремтерапией или электрофорезом кальция, перед проведением хирургического, ортопедического или терапевтического лечения. Время проведения процедуры в полном объеме 40-60 минут

Я получил(а) подробные объяснения о методе, способах, условиях, используемых материалах, сроках проведения процедуры и ее стоимости, а также о показаниях и противопоказаниях к проведению профессиональной гигиены на всех её этапах. Процедура состоит из нескольких этапов, в зависимости от состояния полости рта: снятие камня ультразвуковым аппаратом (скалером) с использованием специального наконечника (при необходимости использование ручных инструментов, пародонтологических кюрет, крючков); удаление зубных отложений воздушно-абразивным аппаратом основанном на технологии air flow - на поверхность зуба под давлением направляется воздушно-водяная смесь со специальным порошком на основе бикарбоната натрия (по показаниям), полирование зубов после снятия отложений с помощью полиров, полировочных щеток и паст; фторирование эмали (по показаниям), обучение правильной гигиене полости рта, подбор средств чистки индивидуально для каждого пациента.

Мне объяснили, что в результате проведения гигиенической чистки возможно осветления зубов только до натурального цвета, т.к. эта процедура не относится к отбеливающим технологиям.

Я предупреден(а) о всех возможных неблагоприятных последствиях и осложнениях, которые могут произойти во время и после профессиональной гигиены полости рта, а также при проведении анестезии. Возможные осложнения на этапах и после лечения, а именно: **в процессе процедуры /лечения** - дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, образование гематомы, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; выпадение дефектных пломб; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; **после процедуры / лечения** - повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в деснах, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии (по показаниям) с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул, содержащих анестетик. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости. **Я ознакомился**, и с полной ответственностью за объективность информации ответил на вопросы, предъявленные в медицинской анкете. **Я согласен** на проведение метода анестезии, выбранного моим лечащим врачом.

Я проинформировал(а) врача а так же о наличии заболеваний и перенесенных операциях, общем состоянии здоровья. **Я сообщил(а)** врачу о всех имеющихся у меня заболеваниях, о всех случаях аллергии к лекарственным и другим средствам в прошлом и в настоящее время, и несут ответственность за негативные последствия, вызванные предоставлением неполной/недостоверной информацией о мое состоянии здоровья.

Я подтверждаю, что **предварительно проинформирован** врачом о сложностях лечения моего заболевания, возможности развития осложнений при проведении анестезии и при приёме лекарств, не зависящих от моего лечащего врача. Они включают в себя возможный болевой синдром, отек, гематому и связанный с этим косметический дефект, тошноту, воспаление в очаге поражения; аллергические состояния при введении и назначении медикаментозных препаратов; нарушения нормальной работы желудочно-кишечного тракта в результате приема назначенных лекарственных препаратов. Могут возникнуть также непредвиденные и ранее неизвестные осложнения. Эти осложнения могут потребовать проведения дополнительных диагностических и лечебных процедур.

Для достижения оптимального результата и с целью выявления стоматологических заболеваний рекомендовано проведение рентгенологического обследования.

Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим/врачом-стоматологом информация о гарантиях, а именно: невозможность обозначения сроков гарантии по причине специфике данной процедуры и индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки). **Я понимаю**, что определить промежуток времени возникновения зубных отложений, а также повторное возникновение кровоточивости десен не представляется возможным и зависят от индивидуальных особенностей моего организма, клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений.

Мне предоставлена информация о необходимости на протяжении ближайших двух дней после проведения профессиональной гигиены полости рта воздержаться от окрашивающей пищи (неосветленные соки, напитки с красителями, кофе, темный чай, блюда с большим количеством свеклы и моркови и т.п.) и от курения. После проведения процедуры профгигиены рекомендовано сменить зубную щетку.

Я ознакомлен(а) о необходимостью и частотой проведения профессиональной гигиены полости рта в соответствии с

индивидуальным планом профилактических мероприятий, рекомендованных мне лечащим врачом. В среднем, рекомендуется проводить гигиеническую чистку полости рта 1 раз в полгода. Допустимость коррекции назначенного плана и технологий в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе выполнения процедуры по рекомендованному мне плану профилактических мероприятий.

Меня проинформировали об альтернативных вариантах (в т.ч. отказ от проведения профессиональной гигиены). **Я предупрежден(а)**, что возможные негативные последствия частичного или полного отказа от проведения профессиональной гигиены, а именно: прогрессирование заболеваний пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета.

Меня проинформировали о необходимости следовать всем рекомендациям и предписаниям лечащего врача, регулярно принимать назначенные препараты, являться на контрольные и профилактические осмотры (не реже 1 раз в 6 месяцев), соблюдать гигиену полости рта.

Я обязуюсь информировать врача о проблемах, возникших в процессе процедуры или по ее окончании.

Я подтверждаю, что имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно настоящей процедуры и получил(а) на них полные и понятные ответы. Меня ознакомили с инструкциями, которые необходимо выполнять после проведения процедуры.

Курение, приём алкоголя, неудовлетворительная гигиена полости рта неблагоприятно влияют на состояние полости рта и всей зубочелюстной системы. Я осознаю необходимость регулярно проводить личную гигиену полости рта. Я обучен и владею правильной техникой проведения гигиены полости рта.

Я даю согласие на предоставление в соответствии с п. 3. ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информации о состоянии здоровья представляемого следующим гражданам: _____

(Ф.И.О., паспортные данные)

Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути предстоящего лечения. Я получил исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я добросовестно предоставил врачу известную мне информацию о состоянии моего здоровья (наличие аллергии, лекарственной непереносимости, хронических и инфекционных заболеваний, др. патологических состояний).

Я внимательно ознакомился с текстом информированного согласия, полностью понял его и понимаю, что последнее является документом, имеющим юридическую силу.

Я ознакомлен(а) с Положением о средних гарантийных сроках и сроках службы изделий медицинского назначения, используемых в ходе оказания стоматологических услуг» и с действующим у Исполнителя Прейскурантом цен на стоматологические услуги. План обследования и лечения Пациента со мной согласован до начала лечения.

Я даю согласие на проведение рентгенологического обследования.

Я даю информированное добровольное согласие на проведение мне профессиональной гигиены полости рта и принимаю решение приступить к лечению с учетом получения полной информации о предстоящем медицинском вмешательстве.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина)

(дата)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (на проведение профессиональной гигиены полости рта) собственноручно подписано Пациентом до начала лечения

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)