

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

(проведение профессиональной гигиены полости рта)

Данное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства № 736 от 11.05.2023.

Я _____

(Ф.И.О. полностью)

Данный раздел заполняется при оказании услуг лицам, не достигшим 15-ти лет:

являясь законным представителем (указать ф.и.о. ребенка):

дата рождения ребенка _____

при оказании мне (представляемому) стоматологических услуг в ООО «Терапия Красоты+» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство – проведение профессиональной гигиены полости рта.

Профессиональная гигиена полости рта — это комплекс мероприятий, проводимых врачом-стоматологом или гигиенистом, которые направлены на удаление зубных отложений с поверхности коронок и корней зубов с целью предупреждение развития и прогрессирования стоматологических заболеваний. Во время процедуры с поверхности зубов удаляется зубные отложения, которые невозможно удалить, проводя ежедневную индивидуальную гигиену в домашних условиях: плотный, пигментированный и минерализованный зубной налет. Профессиональная гигиена является неотъемлемой частью лечения заболевания пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса.

Альтернативные варианты: отказ от медицинского вмешательства; относительной альтернативой профессиональной гигиене полости рта является соблюдение надлежащей гигиены силами самого пациента (законного представителя).

Я подтверждаю, что врач проинформировал меня о планируемом вмешательстве и его методе: профессиональная гигиена полости рта включает в себя несколько этапов: осмотр, диагностику, обучение пациента индивидуальной гигиене рта, контролируемая чистка зубов; удаление отложений; шлифовка и полирование поверхностей зубов профессиональными пастами; аппликации реминерализующих и фторсодержащих средств. Снятие над- и поддесневых отложений проводится ультразвуком, пигментированных отложений и мягкого зубного налета - аппаратом «Air-Flow» с воздушно-порошковой системой очистки поверхностей зубов (с помощью карбоната натрия, карбоната кальция или глицина), а также ручными инструментами; в процессе вмешательства проводится медикаментозная обработка, измерение глубины десневых карманов.

Цель медицинского вмешательства: регулярное проведение профессиональной гигиены позволяет уменьшить риск проявления таких проблем, как: неприятный запах изо рта, развитие воспалительных процессов, развитие кариеса, воспаление десен, образование пародонтальных карманов, оголение шеек зубов, повышенная чувствительность зубов и десен, подвижность зубов и убыль костной ткани.

Проведение профессиональной гигиены полости рта необходимо перед плановым терапевтическим, хирургическим, ортопедическим, ортодонтическим лечением.

Последствиями отказа от процедуры могут быть: развитие и обострение имеющихся заболеваний пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений и связанная с этим потеря зубов.

Показания к проведению профессиональной гигиены: профилактика стоматологических заболеваний с учётом индивидуальных рисков развития кариеса и заболеваний пародонта.

Я уведомлен(а) о том, что профессиональную гигиену необходимо выполнять минимум два раза в год, при этом самостоятельно чистить зубы не менее двух раз в день. Периодичность проведения профессиональной гигиены зависит от стоматологического статуса пациента (гигиенического состояния полости рта, интенсивности кариеса зубов, состояния тканей пародонта, наличия несъемной ортодонтической аппаратуры). Периодичность проведения профессиональной гигиены определяется врачом.

Предполагаемые результаты: снижение микробной нагрузки, восстановление кровообращения в околозубном пространстве, уменьшение кровоточивости десен, уменьшение воспаления десен, восстановление естественного цвета зубов. Даже при успешном завершении профессиональной гигиены нельзя дать гарантии, что зубы не подвергнутся кариозному разрушению, а также обострению хронического процесса в будущем, поскольку воспалительные процессы в тканях зуба и окружающих тканях зависят не только от видимой чистоты поверхности зубов (наличия зубных отложений).

Я осознаю и мне разъяснено, что во время проведения процедуры могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. Я согласен (согласна) на то, что вид и тактика медицинского вмешательства может быть изменена врачом по его усмотрению с целью обеспечения максимальной защиты организма во время медицинского вмешательства.

Меня предупредили, что в случае чувствительности зубов и десен необходимо проведение обезболивания до проведения процедуры.

Возможные риски и осложнения: дискомфорт, повышенная чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям в течение нескольких дней, боль; отек (припухлость) десны и мягких тканей, гематома; кровотечение; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука или Air-flow высока вероятность выпадения дефектных пломб с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов, дефектных пломб; появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба, расцементировка и повреждение ортопедических конструкций; индивидуальные аллергические реакции, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов.

После проведения профилактической гигиены рекомендовано не полоскать ротовую полость два часа; употреблять пищу в течение двух часов после процедуры; воздержаться от употребления пищи с красящими свойствами на 12 часов; не курить минимум 2-4 часа; ее употреблять продукты, повышающие чувствительность зубов – лимоны, яблоки, газированные напитки; не использовать в течение 7 дней ополаскиватели на спиртовой основе.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и предотвратить, и которые не зависят в полной мере от квалификации, действий (бездействий) медицинского персонала. Я понимаю, что возникновение указанных осложнений, таким образом, не являются следствием некачественно оказанной мне услуги (дефектом медицинской услуги).

Я проинформировал(а) врача обо всех сведениях, которые могут каким-либо образом повлиять на процесс и результат лечения, в т.ч. о наличии заболеваний (в т.ч. перенесенных), лечении в других медицинских организациях, противопоказаниях к применению каких-либо лекарств или процедур, обо всех случаях аллергии на лекарственные препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль в прошлом и настоящее время,

сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических, токсических и психотропных средств. Я обязуюсь незамедлительно сообщать врачу обо всех изменениях моего (представляемого) здоровья.

Я подтверждаю, что врачом мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора профессиональной гигиены, я имел(а) возможность полностью обсудить с врачом предстоящее медицинское вмешательство.

Также я информирован(а) о возможности получения бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) в других медицинских организациях. Я информирован(а), что ООО «Терапия Красоты+» НЕ участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мною прочитаны, разъяснены мне медицинским работником и понятны.

Я добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство – проведение профессиональной гигиены полости рта на описанных выше условиях и обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Согласен на проведение профессиональной гигиены полости рта

Дата подписания

**Подпись пациента/законного
представителя**

Фамилия, инициалы врача

Подпись врача