

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

Документ составлен в соответствии с Основами законодательства РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан» и Федеральным законом от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей». Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.

Я _____

Законный представитель пациента _____ г.р.

даю добровольное информированное согласие на предложенное мне (лицу, законным представителем которого я являюсь), медицинское вмешательство- профессиональную гигиену полости рта.

Я соглашаюсь с тем, что профессиональную гигиену полости рта будет проводить врач _____

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА - это комплекс мероприятий, проводимых врачом- стоматологом , которые направлены на удаление зубных отложений с поверхности коронок и корней зубов с целью предупреждение развития и прогрессирования стоматологических заболеваний.

Процедура включает в себя удаление твердых и мягких зубных отложений, удаление пигментированного налета с зубов.

Проведение профессиональной гигиены полости рта необходимо перед плановым терапевтическим, хирургическим, ортопедическим лечением, а в качестве превентивного мероприятия каждые 6 месяцев (при заболеваниях пародонта и высоком риске развития кариеса – каждые 3 месяца).

1. Цель лечения: профессиональная гигиена рекомендована взрослым в целях профилактики стоматологических заболеваний с учётом индивидуальных рисков развития кариеса и заболеваний пародонта. 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.

2. Альтернативные варианты: усиленная домашняя гигиена, профессиональная реминерализация , использование лечебно-профилактических паст с высокой абразивностью.

3. Последствия отказа: развитие или обострение имеющихся заболеваний пародонта (неприятный запах изо рта, кровоточивость десен , воспаление и отечность десны), развитие кариеса зубов и его осложнений, повышенная чувствительность зубов.

4. Методы и этапы лечения: этапами профессиональной гигиены полости рта является:

при необходимости может потребоваться применение местной анестезии;

- Снятие зубных отложений с помощью ультразвукового прибора – скейлера;

- Удаление зубных отложений с помощью воздушно-абразивных приборов (Air-flow);

- Полировка поверхности зубов щетками, резиновыми или силиконовыми чашечками с профессиональными пастами;

- Обработка межзубных промежутков, несъемных ортопедических или ортодонтических конструкций флоссами (зубными нитями), полировочными пластинками – штрипсами;

- Фторирование (реминерализация);

- Наложение отбеливающих (осветляющих), лечебных и укрепляющих составов - аппликаций на зубы, десна и слизистую полости рта;

- Рекомендации по индивидуальной гигиене полости рта.

5. Ожидаемый результат: : снижение микробной нагрузки, восстановление кровообращения в околозубном пространстве, уменьшение кровоточивости десен, уменьшение воспаления десен, восстановление естественного цвета зубов.

6. Возможные осложнения: болевые ощущения (особенно при наличии у пациента клиновидных дефектов, рецессии десны, кариозных полостей); кровоточивость десен; отечность мягких тканей; повышение чувствительности зубов, в том числе в результате действия холодных раздражителей и при чистки зубов в домашних условиях; дискомфорт; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов; Во время проведения профессиональной гигиены существует вероятность выпадения пломб с нарушением краевой прилегания; неудовлетворяющих анатомо-функциональным требованиям; появление или усиление подвижности зубов, визуального обнажение корня зуба (в силу снятия зубных отложений, ранее закрывавших корень).

7. **Возможные риски:** Я информирован(а), что после удаления зубных отложений возможно временное появление чувствительности зубов, дискомфорта во время приема пищи. Я также информирован(а) о том, что в результате очистки зубов от камня могут проявиться скрытые ранее под ним дефекты эмали – пористость, шероховатость, пятна, кариес; что станут более видимыми (ранее скрытые камнем) промежутки между зубами, особенно в пришеечной области вследствие нормальной трапециевидной формы зубов.

Я информирован(а) о невозможности причинения вреда эмали зубов (возникновении кариеса и дефектов эмали) при чистке ультразвуком.

Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь): о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

Мне, в доступной для меня форме, даны разъяснения о целях и методах профессиональной гигиены

Я ознакомлен (а) с предлагаемым планом, ориентировочными сроками и стоимостью отдельных процедур (этапов) и лечения в целом(т.к. объем и характер работы можно будет определить только в процессе лечения, в случае повышения стоимости лечащий врач предупредит меня и обоснует это), технологиями (методами) и материалами, которые будут использованы в процессе проведения процедур, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги, а также с альтернативными вариантами лечения.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Решения о проведении профессиональной гигиены полости рта принимает пациент или его законный представитель. Пациент (законный представитель) может отказаться от проведения лечения.

Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Я информирован о том, что в этих случаях, при моем правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Т.к. в этом случае он не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги (ФЗ «О защите прав потребителей») и нарушает право пациента на гуманное отношения при оказании медицинской помощи (ч.5. ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Я информирован(а) о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности. Я информирован(а), что клиника оснащена всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи.

Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма.

Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на профессиональную гигиену полости рта мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения/здоровья, заболевания и лечения лица, законным представителем которого я являюсь и получил(а) на них удовлетворительные ответы.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных стоматологических услуг.

Я подтверждаю свое добровольное согласие на медицинское вмешательство для проведения мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, профессиональной гигиены на предложенных условиях, а также я согласен (а) с указанным перечнем осложнений, о чем расписываюсь собственноручно.

Конкретные особенности и риски

Подпись врача:

_____ / _____

Подпись пациента/законного представителя:

_____ / _____

Дата _____