



**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
(отбеливание зубов)**

Я, {ФамилияИмяОтчество}

(Ф.И.О. пациента или его законного представителя полностью)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (комплекс медицинских вмешательств), которое будет проводить:

Врач: {ФамилияИмяОтчествоВрача}

(Ф.И.О. врача)

а также другие врачи Общества с ограниченной ответственностью «Дентал Групп» (далее - Клиники).

Мне в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. Наличие указанных в настоящем документе осложнений не является дефектом лечения. Подписывая настоящий документ, я принимаю нижеперечисленные риски.

В частности, мне объяснено, что отбеливание зубов имеет целью отбелить цвет эмали зубов на один или несколько полутонов.

При отбеливании зубов используется система отбеливания «ZOOM» (мне разъяснено, что это условное наименование (не медицинский термин), в том числе мне понятно, что применяемая лампа ZOOM может иметь иное наименование, однако в любом случае такая лампа будет соответствовать сути системы отбеливания «ZOOM»), (разъяснено, что это условное наименование, а не медицинский термин), или по технологии отбеливания Opalescence Boost (мне разъяснено, что это условное наименование, а не медицинский термин).

Отбеливание зубов с использованием системы отбеливания «ZOOM» можно разделить на несколько этапов: подготовительный этап отбеливания, отбеливание зубов с использованием лампы ZOOM, заключительный этап отбеливания.

На подготовительном этапе с целью защиты пациента от воздействия лампы ZOOM на глаза пациента надеваются защитные очки; попадающую в зону действия света кожу лица, губы, десны, шейки зубов изолируют (в том числе с использованием крема-фотопротектора, защитной пленки и (или) защитного геля); открытыми остаются только зубы.

На этапе отбеливания с использованием лампы ZOOM на зубы наносится специальный гель (в состав геля входит перекись водорода, светоактивируемый катализатор, а также аморфный фосфат кальция, укрепляющий зубы во время процедуры). После нанесения геля применяется лампа ZOOM (в лампе ZOOM используется свет, который излучается на зуб преимущественно в длинноволновой ультрафиолетовой области спектра (диапазон UVA), то есть электромагнитное излучение), освещающая равномерно верхние и нижние зубы. Под воздействием ультрафиолета из лампы ZOOM выделяется активный кислород, который через эмаль проникает в глубокие слои дентина и отбеливает пигмент, расщепляя его на бесцветные фракции, благодаря чему зубы могут стать светлее. Время однократного воздействия лампы ZOOM составляет от 15 до 20 минут. Нанесение геля на зубы и применение лампы ZOOM повторяется с перерывом 3 раза, если по объективным причинам не требуется повторять процедуру меньше 3 раз.

На заключительном этапе после последнего применения лампы ZOOM с целью уменьшения дискомфортных ощущений зубы покрывают особым препаратом, снижающим чувствительность и дополнительно укрепляющим зубную эмаль.

Отбеливание зубов с использованием системы отбеливания «Beverly Hills» осуществляется по тому же принципу, что и отбеливание зубов с использованием системы отбеливания «ZOOM», применяются аналогичные средства и инструменты.

Отбеливание по технологии Opalescence осуществляется за счет применения самоактивирующегося pH-нейтрального геля. Технология отбеливания Opalescence основана на способности агента проникать через эмаль в дентин, где выделенный атомарный кислород путем окисления разрушает пигментные соединения. Таким образом, обеспечивается осветление оттенка зубов. Нанесение геля осуществляется из шприца непосредственно на зубы.

Мне разъяснено о том, что выбор применяемых инструментов (ламп), паст, гелей, защитных покрытий (пленок, гелей и так далее), и иных необходимых средств, а также специализированных препаратов зависит от состояния зуба, кожи и особенностей строения зуба, индивидуальных особенностей пациента, в том числе от наличия аллергических реакций. Со мной согласован вид применяемых инструментов (ламп), паст, гелей, защитных покрытий (пленок, гелей и так далее), и иных необходимых средств.

Мне сообщены и понятны альтернативные (возможные) методы медицинского вмешательства. В частности, мне разъяснено, что альтернативными методами лечения являются:

- домашнее отбеливание - химическое отбеливание, которое производится с помощью отбеливающего геля и ношения капы. Как правило, ношение капы с гелем по времени составляет от 4 до 10 часов в день. При этом степень осветления зависит от продолжительности ношения капы каждый день, количества дней ношения капы и восприимчивости зубов и (или) внутренних красящих веществ к отбеливающему гелю;

- кабинетное отбеливание - производится с использованием отбеливающего геля и применением специальных аппаратов для дополнительной активации геля. Отбеливание занимает, как правило, не более 2 часов. Во время процедуры изолируются мягкие ткани и десны, а на поверхность зубов наносится концентрированный отбеливающий гель.

Я уведомлен, что для проведения качественного отбеливания зубов мне (представляемому мною лицу) необходимо предварительно провести санацию полости рта, профессиональную чистку полости рта (профессиональную гигиену полости рта), пройти курс укрепления зубной эмали для её оздоровления и снижения чувствительности. Я понимаю и соглашаюсь с тем, что если не осуществлено указанное, то проводимое отбеливание зубов может быть болезненным, иметь непредсказуемый результат.

Мне разъяснено, что противопоказания к отбеливанию зубов являются: беременность на протяжении всего срока и кормление грудью; прохождение фото-, химио- и PUVA терапий; наличие злокачественных опухолей кожи (меланом);

прием препаратов, вызывающих фотосенсибилизацию (повышение чувствительности кожи и слизистых оболочек к действию ультрафиолетового излучения); наличие аллергических реакций на перекись водорода, перекись карбамида

Я в доступной форме проинформирован(а) лечащим врачом о возможных осложнениях, которые не являются следствием дефектов оказания медицинской помощи, к которым относятся, в частности: потеря пломб и ортопедических конструкций, установленных в

других медицинских учреждениях без соблюдения общепринятых стандартов или срок службы которых истек; аллергические реакции, анафилактический шок, гипертонический криз, коллапс, обморок; при проведении отбеливания зубов с удаленным нервом (стенки таких зубов обычно истончены и ослаблены) возможно появление трещин или переломов стенок зуба; повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в области десен, воспаление десен, изменение вкусовых ощущений; изменение со временем оттенка зубов.

Я понимаю необходимость тщательной гигиены полости рта, необходимость воздержаться в течение первых 48 часов после отбеливания зубов от курения, использования декоративной губной помады, приёма в пищу красящих продуктов и напитков (кока-кола, свекла, крепкий чай, черника и иные) и необходимость соблюдения иных рекомендаций врача. Мне объяснено, что в случае несоблюдения рекомендаций лечащего врача может произойти окрашивание зубов, которое потребует осуществление новых медицинских вмешательств для устранения окрашивания.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу. С информацией о препаратах ознакомлен.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность любого человеческого организма, я согласен(а) с тем, что успех лечения в значительной степени зависит от индивидуальных особенностей организма и образа жизни и никто не может предсказать точный результат лечения. Я понимаю, что, несмотря на качественно проводимое лечение, соответствующее современным знаниям стоматологической науки, нельзя исключать побочные явления и осложнения.

Мне сообщена вся интересующая меня информация и со мной согласованы: методы и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки и стоимость проведения лечения.

Я проинформировал(а) медицинского работника обо всех случаях аллергических реакций, предоставил(а) сведения о состоянии здоровья на момент подписания настоящего согласия, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах, употреблении алкоголя, наркотических и иных токсических средств. Мне известно, что непредоставление информации о состоянии здоровья может повлиять на эффективность и результаты медицинского вмешательства. Меня ознакомили с информацией в инструкциях-вкладышах к применяемым врачом препаратам.

Я доверяю врачу изменить объем лечения либо полностью его прекратить, если согласованные ранее действия будет невозможно выполнить, или их выполнение сопряжено с неоправданным риском. Врач также вправе прекратить вмешательство, если будут установлены факты сокрытия со стороны пациента обстоятельств, имеющих существенное значение.

Я предупрежден(а) лечащим врачом, что в процессе диагностики и лечения могут потребоваться дополнительные виды медицинских обследований и медицинских манипуляций, необходимые для контроля за осуществлением обследования и(или) выявления сопутствующей патологии и(или) обусловленные индивидуальными особенностями моего организма.

Я понимаю, что в ходе лечения могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный план действий. Я доверяю врачу и его ассистентам принимать соответствующие решения на основании их профессионального суждения и выполнить любые медицинские действия, которые врач сочтёт необходимыми в данной ситуации.

Я уведомлен(а), что в процессе лечения необходимо регулярно и в соответствии с установленным лечащим врачом графиком являться на прием к лечащему врачу для динамического наблюдения и контроля за процессом лечения. Понимаю, что неявка на контрольный осмотр к лечащему врачу может привести к нежелательным или неблагоприятным последствиям для здоровья.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проводимого медицинского вмешательства на любой его стадии. Мне разъяснены последствия такого отказа, в том числе я проинформирован(а), что последствиями отказа могут быть: осветление зубов может не произойти, зубы могут стать темнее. При этом Клиника не несет ответственности за последствия моего отказа от оказания медицинской помощи.

Я извещен(а), что несообщение вовремя врачу о любом ухудшении самочувствия, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья и лечении.

Я полностью понимаю суть изложенного, получил(а) подробные ответы на все заданные мною вопросы, не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема предоставленной мне информации. Получив полную информацию о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом лечения, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении медицинского вмешательства на предложенных условиях. Экземпляр договора мною получен.

_____ (подпись пациента)

_____ (ФИО пациента)

{ТекущаяДатаПолная} г

Врач _____ ({ФамилияИмяОтчествоВрача})

{ТекущаяДатаПолная} г