

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

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 - Клиника).

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 осуществление профессиональной гигиены полости рта имеет целью профилактику кариеса и пародонтита (воспаления десен), достижение косметического эффекта (изменение внешнего вида зуба, в том числе устранение пигментированного зубного налета). При этом мне разъяснено, что профессиональная гигиена полости рта не предполагается достижения эффекта отбеливания зуба (осветления зуба).

Профессиональная гигиена полости рта включает в себя следующие основные этапы: снятие мягкого зубного налета; удаление твердых зубных отложений; шлифовка и полировка поверхностей зубов; обработка зубной эмали специальными препаратами для укрепления зубов и снятия чувствительности твердых тканей зубов.

На этапах снятия мягкого зубного налета и удаления твердых зубных отложений обычно применяются инструменты: ультразвуковой аппарат скейлер, содоструйный аппарат, иные автоматические, полуавтоматические и ручные инструменты, которые воздействуют непосредственно на покрытие зуба, наддесневое и поддесневое пространство с целью снятия отложений.

Обработки поверхностей зуба может осуществляться аэрозолем, состоящим из смеси воды и абразивного порошка, подаваемого из специального наконечника под давлением, осуществляется удаление пигментированного налёта, биоплёнки, в том числе из труднодоступных мест.

На этапе шлифовки и полировки поверхности зуба применяются различные пасты с целью снятия зубных отложений и полировки поверхности зуба.

На этапе обработки зубной эмали специальными препаратами для укрепления зубов и снятия чувствительности твердых тканей зубов применяются фторирующие системы.

Мне разъяснено о том, что выбор применяемых инструментов, паст, порошков и иных необходимых средств, а также специализированных препаратов зависит от состояния зуба (глубины поражения зубов налетом, причин возникновения зубного камня, индивидуальных особенностей зубной эмали), особенностей строения зуба, индивидуальных особенностей пациента в том числе от наличия аллергических реакций. Со мной согласован вид применяемых инструментов, паст, порошков и иных необходимых средств, а также специализированных препаратов. Также мне разъяснено и понятно, что не все описанные этапы будут осуществлены при профессиональной гигиене полости рта по объективным причинам, в том числе в случае отпадения необходимости в осуществлении этапа ввиду устранения оснований для его применения (например, если после осуществления первого этапа будет установлено, что отпала необходимость шлифовки и полировки зуба аэрозолем, так как налет отсутствует и поверхность зуба отполирована).

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;
- в процессе осуществления профессиональной гигиены полости рта: дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей, кровотечение, образование гематомы, натяжение уголков рта с последующим появлением микротрещин;
- аллергические реакции, анафилактический шок, гипертонический криз, коллапс, обморок;
- после лечения: повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в области десен, появление или усиление подвижности зубов; обнажение корня зуба

Я понимаю необходимость тщательной гигиены полости рта необходимость воздержаться в течение первых трёх часов после снятия зубных отложений 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 осуществления новых медицинских вмешательств для устранения окрашивания.

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.

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 будут 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: прогрессирование заболевания, в том числе пародонтоза и (или) кариеса, развитие осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений; увеличение количества зубных отложений, а также увеличение пигментированного налета. 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.

Дополнительно:


\_\_\_\_\_ (подпись пациента) \_\_\_\_\_ (ФИО пациента) {ТекущаяДатаПолная} г

Врач \_\_\_\_\_ ({ФамилияИмяОтчествоВрача}) {ТекущаяДатаПолная} г

Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_ (подпись пациента) \_\_\_\_\_ (ФИО пациента) {ТекущаяДатаПолная} г

Врач \_\_\_\_\_ ({ФамилияИмяОтчествоВрача}) {ТекущаяДатаПолная} г