

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

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Подписание Вами данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я Иванов Иван Иванович

проинформирован(а) о поставленном диагнозе

даю предварительное информированное добровольное согласие ООО «РКС 27» на проведение мне профессиональной гигиены зубов (снятие зубных отложений) и полости рта врачом:

До начала лечения (медицинского вмешательства) мне предоставлена в доступной форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я знаю, что целью профессиональной гигиены полости рта является профилактика и лечение заболеваний твердых тканей зубов и слизистой оболочки полости рта. Возникновение зубных отложений может быть связано с возрастными изменениями пародонта, местными анатомо-физиологическими условиями, особенностями обмена веществ, иммунитета, характера и условий труда человека, его вредными привычками и несоблюдением качества и кратности индивидуальных гигиенических процедур полости рта. При самостоятельной чистке зубов не всегда происходит полное удаление налета, особенно из труднодоступных зон (межзубных промежутков, придесневой области и др.). Образовавшийся плотный налет и зубные камни не могут быть полностью удалены с зубов при самостоятельной чистке зубов.

Меня проинформировали о методах диагностики, применяемые для оценки уровня гигиены полости рта: осмотр, зондирование, определение индексов гигиены с применением красителей (детекторов зубного налета).

Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о возможных методах и средствах профессиональной гигиены полости рта: - снятие зубных отложений ручным способом при помощи специальных инструментов (кюрет), - аппаратные методы (снятие наддесневой и поддесневой зубного камня с помощью ультразвукового аппарата скейлера

),  
-снятие пигментированного и мягкого зубного налета с помощью содоструйного аппарата,  
-снятие пигментированного и мягкого зубного налета с помощью

щетки с профессиональной чистящей пастой. Я осведомлен(а) о том, что с учетом всех имеющихся данных, мне показано:

Сменить зубную щетку. Использовать ирригатор. Раз в полгода посещение стоматолога.

Мне понятны риски, связанные с проведением гигиенической чистки, возможные осложнения, время их развития и исчезновения, методы и результаты их коррекции: несколько дней ощущения дискомфорта и болезненности, возникновение реактивного отека, оголение (рецессия) шеек, корней зубов, повышенная чувствительность твердых тканей зубов, появление промежутков между зубами, откол части пломбы, имеющей дефект краевого прилегания, выявление очагов кариозного поражения на шейке и корне зуба, ранее скрытых мягкими и твердыми отложениями, увеличение подвижности зубов. Подобные осложнения возникают сразу после проведения манипуляций. Может возникнуть необходимость принятия обезболивающих и антибактериальных препаратов. При проведении анестезии возможно возникновение аллергических реакций (анафилактический шок, крапивница, обморок, удушье, коллапс, отек), астматического приступа, подъема артериального давления, гематомы, затрудненного открывания рта, болезненности в месте укола, травмы ветви тройничного нерва с временным нарушением чувствительности.

Я информирован(на) о том, что перспективы и результаты медицинского вмешательства при имеющемся уровне гигиены полости рта, при качественно проведенных гигиенических мероприятиях, зависят от текущего и последующего состояния здоровья, от соблюдения мною рекомендаций по сохранению результата проведенных мероприятий по профессиональной гигиене полости рта, от регулярности посещений профилактических осмотров. При низком уровне гигиены и болезнях пародонта - от полноты выполнения рекомендованного плана лечения и регулярного повторения лечебно-профилактических процедур, без которых результат проведения профессиональной гигиены и лечения будет утрачен за 3 месяца.

Я понимаю, что при отказе от профессиональной гигиены неизбежно прогрессирование заболевания (до патологической подвижности зуба с его последующей потерей), прогрессирующая потеря костной ткани альвеол, появление и усиление болевых ощущений и гноетечения, развитие осложнений (пульпитов, периодонтитов, остеомиелитов).

Я знаю о влиянии медицинского вмешательства на качество жизни: улучшается внешний вид зубов и десны, предотвращается дальнейшая деформация зубного ряда и утрата зубов. Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях медицинского вмешательства и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а так же предоставлять об объеме и стоимости оказанных услуг моему Страховщику.

Я понимаю, что подписание данного документа влечет правовые последствия.

Я согласен(на) на соблюдение письменных рекомендаций врача для исключения или снижения рисков возможных осложнений после оказания медицинского вмешательства. Письменные рекомендации мне полностью понятны и мною получены при подписании настоящего добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство.

Если в ходе медицинского вмешательства возникнет аварийная ситуация (порезы, уколы медицинского работника, попадание моих крови и других биологических жидкостей на кожные покровы, слизистую глаз, носа и рта, халата и одежды медицинского работника) я также даю информированное добровольное предварительное согласие на мои:

обследование медицинским работником на ВИЧ методом экспресс-тестирования на антитела к ВИЧ экспресс-тестом, имеющимся в распоряжении ООО «РКС 27», направление образца из той же порции крови для стандартного тестирования на ВИЧ в иммуноферментный анализ;

опрос о носительстве вирусных гепатитов, ИППП, воспалительных заболеваний мочеполовой сферы, других заболеваний, провести консультирование относительно менее рискованного поведения.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ЛИЧНО ПРОЧИТАЛ(а) ВСЕ СТРАНИЦЫ ДОКУМЕНТА И ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ СОЗНАТЕЛЬНО ДАЮ НАСТОЯЩЕЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫШЕОГОВОРЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ВЕСЬ ПЕРИОД СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ГРАФИКОМ ЛЕЧЕНИЯ, И ЧТО ВСЕ СВЯЗАННЫЕ С НИМ ОБЪЯСНЕНИЯ БЫЛИ СДЕЛАНЫ.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_ /  
(подпись врача)

Дата \_\_\_\_\_