Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «Закон 323-ФЗ»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА И ЗУБОВ

Я_____

Ф.И.О. взрослого пациента

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____,
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в ООО «ЕВРОМЕД» (ОГРН 1076162005600), далее именуемое – **«Исполнитель»**, и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **проведение профессиональной гигиены полости рта и зубов.**

Я получил(а) от врача **Левкович Анастасии Александровны** всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. **Цели лечения**. Профессиональная гигиена полости рта включает удаление с поверхности зуба над- и поддесневых зубных отложений и позволяет предотвратить развитие кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта. Профессиональная гигиена способствует устранению очагов инфекции в полости рта и проводится с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта, является неотъемлемой частью курса стоматологического лечения и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса. Без профессиональной гигиены полости рта и зубов проведение стоматологического лечения не рекомендуется.
2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства**. Профессиональная гигиена будет выполняться врачом в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе кариес зубов», утвержденными Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года (актуализированы 02 августа 2018 года), иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации. Этапы профессиональной гигиены: обучение пациента индивидуальной гигиене полости рта; удаление над- и поддесневых зубных отложений; полировка поверхностей зубов, в том числе и поверхностей корней; устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета; аппликации реминерализирующих и фторидсодержащих средств (за исключением районов с высоким содержанием фтора в питьевой воде); мотивация пациента к профилактике и лечению стоматологических заболеваний. Периодичность проведения профессиональной гигиены полости рта и зубов зависит от стоматологического статуса пациента (гигиенического состояния полости рта, интенсивности кариеса зубов, состояния тканей пародонта, наличия несъемной ортодонтической аппаратуры и стоматологических имплантатов). Перед проведением манипуляций, как правило, ротовую полость ополаскивают специальным антисептическим раствором. Процедура может проводиться с использованием местной анестезии в виде спреев, гелей или инъекций. Я согласен(на), в случае необходимости на применение аппликационной анестезии с целью поверхностного обезболивания для осуществления медицинских манипуляций. Мне понятно, что это неинвазивный способ анестезии (без нарушения целостности тканей). Лекарственные препараты (растворы, спреи, гели) наносятся на слизистых оболочек, после чего, проникают на глубину до трех миллиметров, что позволяет блокировать нервные импульсы поверхностных нервных волокон. Мне известно о возможности возникновения осложнения при применении аппликационной анестезии- аллергической реакции, которая может проявиться в виде жжения, зуда, сыпи.

Зубной налет может удаляться ручным или аппаратным методом. Разрушение зубного камня происходит с использованием лазерного аппарата или другой аппаратуры. Выбор аппаратуры, материалов и методов лечения, а также необходимых мне этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения. Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, из которых я имел(а) возможность выбрать наиболее рациональный в моем клиническом случае вариант.

Лечащий врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить профессиональную гигиену полости рта и зубов, я могу отказаться от ее проведения. Я понимаю, что, если не проводить профессиональную гигиену, для моего здоровья могут наступить неблагоприятные последствия, в том числе: развитие или обострение имеющихся заболеваний пародонта, деминерализация эмали, вплоть до развития кариеса и его осложнений, гингивит, воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта, прогрессирование имеющихся у меня заболеваний (в том числе общих), развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зубов, а также системные проявления заболеваний.

Профессиональная гигиена полости рта и зубов, как правило, проводится за один прием и занимает от 1 до 3 часов. Я проинформирован(а), что проходить комплекс профессиональной гигиены рекомендуется не реже 2 раз в год, а при наличии имплантатов и брекет-систем - 4-5 раз в год. Любые медицинские манипуляции будут выполнятся только с моего согласия. Я понимаю, что иногда невозможно точно установить сроки лечения ввиду непредсказуемой реакции

организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения.

3. **Риски, последствия, осложнения.** Я понимаю, что профессиональная гигиена полости рта и зубов является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Мне понятно, что в период манипуляций в полости рта (анестезии, обработки зубов и т.д.) возможна индивидуальная аллергическая реакция; непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов; онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания и речи; повреждение реставраций и пломб (особенно находящихся в неудовлетворительном состоянии); повреждение ортодонтической аппаратуры и ортопедических конструкций; появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба; микротравмы слизистой оболочки полости рта. Мне объяснили, что под влиянием анестезии возможны следующие реакции: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции; в процессе лечения и после него: временный дискомфорт, болевые ощущения, отек десны и мягких тканей, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием. Мне понятно, что указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

4. **Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства:** острые инфекционные заболевания и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п.). Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

5. **Предполагаемые результаты лечения.** Ожидаемым результатом профессиональной гигиены полости рта и зубов является устранение очагов инфекции в полости рта, оздоровление полости рта.

6. Мне разъяснили, и я понял(а), что установление гарантийных сроков на профессиональную гигиену полости рта невозможно – из-за индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки и т.п.).

7. Мне известно о необходимости на протяжении ближайших двух дней после проведения профессиональной гигиены полости рта воздержаться от окрашивающей пищи (неосветленные соки, напитки с красителями, кофе, темный чай, блюда с большим количеством свеклы и моркови и т.п.) и от курения – во избежание окрашивания поверхности зубов. После проведения процедуры профгигиены мне рекомендовано сменить зубную щетку.

8. Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в пункте 3 настоящего согласия состояний (осложнений), аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.

9. Я согласен(на) тщательно выполнять рекомендации врача в процессе лечения, понимая, что невыполнение или ненадлежащее их выполнение чревато ухудшением состояния моего здоровья и может повлиять на результат лечения. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

10. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.

11. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

12. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью моей медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.

Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Пациент/Законный представитель пациента:

Дата: «____»_____20____ года

Подпись: _____/_____/

Врач: Левкович Анастасия Александровна

Дата: «____»_____20____ года

Подпись: _____/_____/