



УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ООО «Дента Арт»
/В.Г. Кравченко/
от лица другой ответственностью «Дента Арт»

Приложение № 11 к приказу № 109/1 от «17» сентября 2018 г.

Типовая форма

Информированное согласие пациента стоматологической клиники «Дента Арт»
на медицинское вмешательство - проведение процедуры медицинского отбеливания зубов.

Я, _____, "_____" г. рождения,
Законный представитель _____,
зарегистрированный по адресу: _____,

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя),
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в стоматологической клинике общества с ограниченной ответственностью «Дента Арт», а именно проведение **процедуры медицинского отбеливания зубов**

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым лечением и мог либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна **суть процедуры отбеливания зубов**. *Отбеливание* - это химический процесс, где активным компонентом является перекись водорода, расщепляющая более длинные (темные) молекулы пигmenta ткани зуба на более короткие (светлые), в результате чего ткань зуба становится светлее. В зависимости от причины и типа дисколорита (нарушения цвета), состояния зубов пациента, врач назначает индивидуальную схему и метод отбеливания зубов.

Я понимаю, что **результат** отбеливания зубов невозможно определить точно заранее в силу медицинской специфики данной процедуры. Но, как правило, данная процедура усиливает блеск, яркость и улучшает внешний вид зубов.

Я информирован, что существует определенный предел (точка насыщения), после которого активный компонент становится агрессивным к тканям зуба, вызывая их разрушение. Наступление точки насыщения подразумевает прекращение процедуры отбеливания, даже если желательный для меня результат не достигнут. Врач также может прекратить процедуру отбеливания живых зубов при появлении аллергии к отбеливающему средству, при возникновении повышенной чувствительности или боли в зубах и эрозии их эмали.

Врач также информировал меня о том, что **противопоказаниями** для отбеливания являются:

- 1) слабая, подверженная кариесу эмаль (многочисленные пломбы на зубах);
- 2) повышенная чувствительность зубов к раздражителям;
- 3) значительная пигментация зубов (голубая, серая);
- 4) тяжелые системные заболевания;
- 5) прием значительного количества лекарственных средств;
- 6) аллергия на средство отбеливания (перекись водорода);
- 7) длительное курение;
- 8) беременность и лактация;
- 9) возраст до 18 лет

поэтому я обязуюсь известить лечащего врача о наличии вышеперечисленного до процедуры отбеливания.

Наличие реставраций (пломбы, коронки, виниры) на зубах, входящих в область отбеливания является противопоказанием к проведению процедуры, так как материалы, из которых сделаны реставрации зубов,

не изменят цвет под действием отбеливающих зубы материалов, в связи с чем, может быть рекомендована их замена после окончания процедуры отбеливания зубов. В таком случае процедура может быть выполнена только в случае намерения пациента заменить имеющиеся реставрации под цвет зубов, полученный после отбеливания.

Я информирован об **альтернативных** видах устранения дисковорита, таких как: профессиональная чистка зубов в кабинете стоматологическим гигиенистом с усилением данного эффекта применением отбеливающей зубной пасты (зубы, очищенные от серого налета, постепенно образующегося на зубах и не снимающегося зубной щеткой, выглядят светлее и возможно смогут меня удовлетворить), домашнее отбеливание, реминерализующая терапия или специальные средства гигиены с отбеливающим эффектом, отказ от процедуры отбеливания вообще. Изменение цвета зуба может быть устранено в ходе ортопедического лечения.(протезирования). Указанные виды устранения дисковорита могут иметь меньший клинический эффект по сравнению с процедурой отбеливания (убыль твердых тканей зубов, эстетический эффект)

Я информирован, что перед проведением процедуры отбеливания необходимо провести профессиональную гигиеническую чистку зубов (как правило, за сутки до проведения отбеливания зубов), закрыть временным материалом кариозные полости и открытые каналы зубов. При внутрикоронковом отбеливании зуба необходимо перепломбировать его корневые каналы.

Я информирован о возможных **осложнениях** при проведении отбеливания зубов: появление чувствительности зубов, жжения и воспаление десневого края, заглатывание отбеливающего геля. Эти явления носят временный характер. При соблюдении рекомендаций врача, в процессе отбеливания не наносится необратимого повреждения тканей зубов, т.к. используемые отбеливающие системы и аппараты прошли серьезные лабораторные и клинические испытания и имеют необходимые сертификаты и регистрационные документы. В случае, если произошло заглатывание отбеливающего геля, возможно появление легких диспептических явлений. При отбеливании неживых зубов, когда материал наносится не на эмаль, а внутрь зуба, возможны повреждения корня зуба, перелом и трещина коронки зуба.

Я согласен с тем, что в случае, когда у пациента появляются интенсивные, непроходящие жалобы со стороны зубов или дёсен в процессе отбеливания зубов, врач прекращает процедуру отбеливания. В случае незавершенности процедуры (выполнении только одного сеанса из традиционных трех), с пациента взымается плата за набор для отбеливания в размере рублей.

Я информирован что, окончательный цвет зубов определяется через двое суток (в сложных случаях – в срок до двух недель) после завершения процедуры отбеливания.

Я информирован, что все продукты питания, напитки, лекарственные препараты, содержащие интенсивные красители, курение, могут вызвать быстрый возврат цвета после проведенного отбеливания зубов. В срок до 14 дней после проведенного отбеливания зубов, необходимо полностью исключить из пищевого рациона пигментсодержащие продукты, указанные в памятке пациенту после отбеливания зубов. Для поддержания эффекта отбеливания зубов необходимо ограничивать курение, употребление интенсивных пищевых красителей, по рекомендации врача проводить повторные курсы домашнего отбеливания (один раз в 3-6 месяцев или реже по необходимости), пользоваться специальными отбеливающими зубными пастами и проходить регулярные курсы профессиональной гигиены (в среднем каждые 6 месяцев), что сеансы отбеливания необходимо повторить через год, так как зубы несколько темнеют к тому времени.

Мне сообщена и понятна информация о **гарантиях**, о невозможности предсказания точного результата процедуры отбеливания и невозможности определения гарантийных сроков и сроков службы в отношении достигнутого результата по причине медицинской специфики процедуры отбеливания, природного (естественного) цвета зубов, клинических особенностей, привычек и образа жизни пациента. Длительность сохранения эффекта отбеливания зубов зависит от индивидуальных особенностей, в дальнейшем возможно проведение повторных курсов отбеливания.

Мне перечислены и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе отбеливания; сроки проведения процедуры; стоимость отбеливания и объема работ в целом. Врач предупредит меня в случае повышения стоимости в процессе проведения лечения и обоснует это.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных мероприятий после проведенной процедуры, рекомендованных врачом.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать):

- рентгеновский снимок
- консультация стоматолога (ов) иного профиля: _____

Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков.

Я проинформировал доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я даю согласие на фотографирование моих зубов с целью документации внешнего вида зубов до и после процедуры, понимая, что эти фотографии останутся собственностью клиники. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой или проводившим процедурой отбеливания зубов врачом данных фотографий, мое имя не будет упомянуто и регламент закона о сохранении медицинской информации о пациенте в данном случае нарушен не будет.

Мною были заданы врачу-стоматологу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Своей подписью я заверяю, что прочел и полностью понял (а) все слова и выражения, касающиеся предложенной мне процедуры отбеливания зубов, а также все данные мне объяснения.

Я согласен (а) оплатить медицинские услуги в полном объеме.

Я принимаю решение приступить к отбеливанию зубов на предложенных условиях.

С информированным согласием ознакомлен и согласен.

Подпись пациента (законного представителя) _____ Подпись врача _____

Дата _____