

Общество с ограниченной ответственностью

«СТОМАТОЛОГИЯ»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Московская область, г. Мытищи, Олимпийский проспект, строение 2, д. 29, офис 9А, тел.: 8-495-407-06-67 8-916-586-15-06

ИНН 5029132270 КПП 502901001 ОГРН 1095029010075 01.12.2009 г.

**ЛИСТ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ**

**ОТБЕЛИВАНИЯ ПРИ ПОМОЩИ АППАРАТА ZOOM**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина или его законного представителя. Данное **информированное добровольное согласие пациента на проведение процедуры отбеливания при помощи аппарата Zoom,** является Приложением к медицинской карте стоматологического больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается полностью ФИО пациента)*

ЦЕЛЬЮ ОТБЕЛИВАНИЯ ПРИ ПОМОЩИ АППАРАТА ZOOM ЯВЛЯЕТСЯ УСТРАНЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ЦВЕТА ЗУБОВ ИЛИ ОСВЕТЛЕНИЕ ЕСТЕСТВЕННОГО ЦВЕТА ЗУБОВ.

Офисное отбеливание при помощи аппарата Zoom представляет собой процедуру, предназначенную для осветления цвета зубов с использованием отбеливающего геля, перекиси водорода и ультрафиолетовой лампы. При отбеливании Zoom гель используется совместно с лампой для достижения наибольшего эффекта отбеливания в максимально короткие сроки. Во время процедуры на зубы 3-4 подхода продолжительность по 15 минут будет нанесен гель для отбеливания, который активируется при помощи света лампы аппарата Zoom. Во время прохождения процедуры отбеливания в полость рта устанавливается специальный ретрактор, помогающий удержать рот в открытом положении и предохраняющий мягкие ткани (губы, десны, щеки и язык) от воздействия геля и света. При необходимости может быть использован бальзам для губ. Также предоставляются очки от ультрафиолетового излучения. После завершения отбеливания этот аппарат, гель и все защитные материалы, закрывающие ткани, будут удалены изо рта. До и после процедуры отбеливания оттенок Ваших зубов будет зафиксирован.

***Альтернативные методы лечения:***

* Отсутствие лечения.
* Композитные виниры (из синтетических материалов с частичками фарфора) могут быть изготовлены по одноэтапной технологии в течение одного приёма у стоматолога, или по многоэтапной технологии – в течение минимум двух визитов. Виниры визуально незаметны и существует множество цветовых оттенков материала. Устойчивые пятна/тёмные поверхности можно замаскировать с помощью непрозрачных материалов. Одновременно можно выполнить незначительную корректировку формы зуба. Даже только в целях изменения цвета зуба требуется в большей или меньшей степени снимать здоровую поверхность зуба. Это создаёт риск повреждения нерва. Синтетические компоненты обеспечивают эластичность материала, что с течением длительного времени может повлиять на устойчивость накладок и виниров. С течением времени композитные накладки могут снашиваться, их края и поверхности могут измениться под воздействием теплой/холодной среды, пищи и при жевании. Со временем может произойти изменение их в цвете.
* Люминиры – тонкие керамические накладки на зубы. Для установки требуется как минимум три визита к стоматологу. Люминиры визуально незаметны и существует множество цветовых оттенков материала. При установке требуется незначительное контурирование твердых тканей зубов. Если нарушено положение зуба/ов или люминиры устанавливаются на нижнюю челюсть, то снимается тонкий слой зуба (от 0.5 до 1 мм) с передней поверхности и режущего края зуба. Сроки изготовления занимают от 6 недель.
* Цельнокерамические виниры - для установки требуется как минимум два визита к стоматологу. Виниры визуально незаметны и существует множество цветовых оттенков материала. Устойчивые пятна/тёмные поверхности можно замаскировать с помощью непрозрачных материалов. Керамический материал не выцветает и не снашивается. Таким образом, с помощью керамических виниров можно надолго изменить форму и цвет зубов. Тем не менее, только для изменения цвета зуба таким способом требуется снять часть поверхности здорового зуба. Это создаёт риск повреждения нерва.
* Коронки полностью закрываю зубы. Если используются керамические коронки под цвет зубов, то можно обеспечить практически любой цвет зубов на длительное время. Одновременно можно скорректировать и форму зуба. Тем не менее, для установки коронок необходимо удалить/снять большое количество дентина (как правило, под анестезией). Если зубы живые, то возникает риск повреждения нерва.

**Возможные побочные эффекты и осложнения:**

*Наиболее часто встречающиеся симптомы:*

* Временное незначительно повышение чувствительности эмали;
* Временная повышенная чувствительность зубов/шейки зуба к холодному, горячему, кислому или сладкому, а также к прикосновению.
* Лёгкое покраснение/раздражение дёсен.
* Временное уменьшение блеска зубов. Зубы могут выглядеть более безжизненными.
* Небольшое ухудшение эффекта отбеливания спустя несколько дней или недель.
* Более темный вид у установленных, незаменённых коронок/пломб по сравнению с тем, как было до

отбеливания;

*Иногда встречающиеся симптомы:*

* Переосветление, более сильный эффект отбеливания, чем изначально планировалось;
* Недостаточное отбеливание, сохранение обесцвеченных/сероватых/потемневших зон на зубах;
* Неровный эффект отбеливания на поверхностях разных зубов;
* Возврат к исходному цвету зубов/значительное уменьшение эффекта отбеливания спустя несколько месяцев/лет.

*Редко встречающиеся симптомы:*

* Аллергическая реакция на использованные материалы.

Помимо вышеописанных рисков, могут существовать и иные риски, не упомянутые здесь.

*В вашем случае возможны следующие специфические риски:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Для достижения положительного результата лечения необходимо соблюдать следующие рекомендации:**

* Не забудьте проинформировать нас о своей истории болезни и имеющейся аллергической реакции. Настоящим Вы информируете нас о следующих своих заболеваниях и аллергических реакциях: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* В случае появления дискомфорта, боли или каких-либо вопросов незамедлительно обратитесь к своему стоматологу.
* Отбеливание аппаратом Zoom не **рекомендовано** беременным женщинам, кормящим матерям и людям с повышенной чувствительностью к ультрафиолету. Данный вид отбеливания также не рекомендован пациентам, проходящим курс лечения PUVA (принимающим препарат Псорален под воздействием ультрафиолетового излучения спектра А) или другие медикаменты и виды лечения, чувствительные к свету, а также тем, кто страдает меланомой, диабетом или заболеваниями сердца.
* Отбеливание может использоваться только для устранения изменений цвета зубов или осветления естественного цвета зубов. Во многих случаях изменение цвета зубов невозможно устранить полностью, и оно остаётся, несмотря на выполненное отбеливание.
* При курении образуются устойчивые жёлтые пятна и изменения цвета зубов. Кроме того, курение значительно повышает вероятность воспаления дёсен, образования карманов и потери зубов. Ради красоты и здоровья лучше отказаться от курения.
* Во время и после отбеливания следует по возможности отказаться от употребления твёрдой пищи, а также от чая, кофе, красного вина, табака/никотина/курения, соевого соуса, оливок, маслин.
* Во время процедуры отбеливания по возможности стоит отказаться от употребления кислой пищи, например, фруктовых соков, газированных напитков, уксуса и т.д. После отбеливания необходимо ограничить частоту и продолжительность приёма кислой пищи в течение дня (количество не столь важно).
* После процедуры отбеливания достигнутый эффект необходимо поддерживать. Для поддержания
* цвета необходимо использовать домашнее отбеливание не реже 1 раза в год.

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА:**

Я прочитал(а) и понял(а) информацию, содержащуюся в информационной и документальной форме, в которой отражены основные сведения, полученные входе информационной консультации.

Во время консультации у меня была возможность задать все интересующие меня вопросы, например, о специфических рисках, возможных осложнениях и альтернативных методах лечения. Лечащий врач дал полные и исчерпывающие ответы на мои вопросы.

Я проинформирован(а), что я могу отозвать свое согласие на данную процедуру в любое время до начала лечения.

Мне было дано достаточно времени для принятия решения; мне больше не требуется дополнительное время для обдумывания решения.

**Настоящим я даю свое согласие на проведение предложенной процедуры отбеливания зубов. Я даю согласие на изменение или продление лечения в случае необходимости, а также на повторное и последующие вмешательства.**

Я также был(а) проинформирован(а) о необходимости регулярно посещать стоматолога и делать профессиональную чистку зубов (минимум два раза в год, желательно три раза в год).

Ни я, ни мои ближайшие родственники, ни люди, представляющие мои интересы, не будут предъявлять финансовых или юридических претензий в отношении того, что перечислено в данном документе. Ксерокопия этого документа несет за собой такую же юридическую силу, как и оригинал. Я полностью ознакомился с документом, мне все понятно, я согласен со всеми положениями данного документа и подтверждаю это своей подписью:

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись пациента, Ф.И.О.)*

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись лечащего врача, Ф.И.О.)* М.П.

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.