

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 ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА (ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЧИСТКА ЗУБОВ)**

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 профессиональной гигиены полости рта (профессиональная чистка зубов),** является Приложением к медицинской карте стоматологического больного

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

*(указывается полностью ФИО пациента,*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*в случае несовершеннолетнего пациента еще и ФИО его законного представителя)*

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА — это комплекс профилактических мероприятий, выполняемых гигиенистом-стоматологическим, направленный на оздоровление органов и тканей полости рта и профилактику возникновения и прогрессирования стоматологических заболеваний. Процедура включает в себя удаление твердых и мягких зубных отложений, удаление пигментированного налета с зубов.

**Профессиональная гигиена полости рта имеет свои преимущества:**

* она предохранит Ваши зубы и десны от различных стоматологических заболеваний;
* с ее помощью можно удалить зубной налет из любых, даже труднодоступных мест, что сделать при помощи обычной зубной щетки, просто невозможно;
* она поможет Вам избавиться от неприятного запаха изо рта;
* с ее помощью можно обеспечить одновременно, как очищения, так и о осветления зубов;
* она является неотъемлемой частью сложного стоматологического лечения, такого, как пародонтологическое лечение, микропротезирование, ортодонтическое лечение, имплантация;

**Этапами профессиональной гигиены полости рта является:**

1.Снятие зубных отложений с помощью ультразвукового прибора – скейлера;

2.Удаление зубных отложений с помощью воздушно-абразивных приборов (Air-flow);

3.Полировка поверхности зубов щетками, резиновыми или силиконовыми чашечками с профессиональными пастами;

4.Обработка межзубных промежутков, несъемных ортопедических или ортодонтических конструкций флоссами (зубными нитями), полировочными пластинками – штрипсами;

5.Фторирование (реминерализация);

6.Рекомендации по индивидуальной гигиене полости рта.

**Последствиями отказа от данного лечения могут быть:**

неприятный запах изо рта; кровоточивость дёсен; воспаление и отёчность десны; развитие воспалительного заболевания десен; повышенная чувствительность зубов; развитие кариеса зубов.

**Альтернативным методом лечения является отсутствие лечения как такового.**

**Врач обратил моё внимание на то, что** обязательным условием сохранения результатов профессиональной гигиены полости рта является строгое соблюдение правил ежедневной гигиены полости рта с применением средств и методов, рекомендованных врачом-стоматологом-гигиенистом, а также регулярное, не реже 1 раза в 6 месяцев (если не оговорены врачом другие сроки) посещение врача стоматолога-гигиениста для проведения плановой процедуры профессиональной гигиены полости рта. **Врач также объяснил** мне необходимость обязательного профилактического осмотра 2 раза в год в целях возможности оперативного реагирования на решение стоматологической проблемы, в случае её возникновения. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии, при приеме анальгетиков и антибиотиков, причём возможны проявления аллергической реакции на использованные медикаменты впервые.

**Во время консультации Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе:**

* об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов,
* обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем,
* об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности,
* принимаемых лекарственных средствах,
* проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов.
* о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Абсолютное отсутствие риска развития осложнений Вам не может гарантировать ни один врач. Даже небольшие манипуляции и воздействия при неблагоприятном стечении обстоятельств могут привести к нежелательным последствиям, вплоть до угрозы жизни пациента. Как и любые медицинские процедуры, проведение **профессиональной гигиены полости рта** связано с **определенными рисками и** **осложнениями**:

* аллергическая реакци[я HYPERLINK "http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%8F"](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%8F) на [HYPERLINK "http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%B7%D0%B8%D1%8F"анестезию HYPERLINK "http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%B7%D0%B8%D1%8F",](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%B7%D0%B8%D1%8F) на использованные расходные материалы, медикаменты;
* кровоточивость десен;
* небольшая отечность десен;
* развитие инфекционно-воспалительных осложнений;
* умеренная или сильная боль в области проведения манипуляции;
* повышенная чувствительность зубов и десен на горячее и холодное;
* иные риски, которые могут быть вызваны особенностями Вашего организма.

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

* информировать врача о своей истории болезни и имеющейся аллергической реакции. Настоящим Вы сообщаете о следующих своих заболеваниях и аллергических реакциях

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

Ближайшие два дня после проведения профессиональной гигиены полости рта, нужно воздержаться от употребления в пищу продуктов, которые могут окрасить поверхность зубов (неосветленные соки, напитки с красителями, черный и зеленый чай, кофе, свеклу, морковь, соевый соус, оливки, маслины, красное вино и т.д.).

* не КУРИТЬ в течение 1 недели после манипуляции (а в некоторых случаях и более длительный срок).
* Соблюдать гигиену ротовой полости, чистить зубы, как минимум два раза в день.
* Применять зубные ершики, зубные нити – для удаления остатков пищи из межзубных промежутков;
* Необходимо полоскать рот после еды;
* В случае появления ощущения дискомфорта, боли, иных проблем или вопросов, необходимо сразу же обратиться к лечащему врачу по телефону

8 (916) 586 – 15 – 06 8 (495) 407 – 06 – 67

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА:**

**Мне, согласно моей воле,** даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания. **Мне разъяснены** цель, характер, ход и объем планируемых лечебно-диагностических вмешательств, их возможные варианты и последствия, связанные с ними риски, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. **Я даю согласие на:**

* проведение профессиональной гигиены полости рта с учетом названных обстоятельств;
* проведение местного обезболивания и на все медицинские действия, которые врач сочтёт необходимыми провести для улучшения моего состояния в процессе лечения;
* фотографию, видеосъемку и проведение рентгенологического контроля, которые будут выполнены для улучшения контроля качества лечения и обеспечения полной медицинской информацией обо мне.

**Я удостоверяю своей подписью следующие факты:**

* данный документ мною внимательно изучен и мне полностью понятен;
* я понимаю назначение данного документа;
* я подтверждаю свое согласие на проведение профессиональной гигиены полости рта;
* я обязуюсь оплатить полную стоимость профессиональной гигиены полости рта.

**Я полностью беру ответственность на себя, за возникновение возможных осложнений при неполном информировании врача клиники об имеющихся заболеваниях. 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 и возможных осложнениях.Лечащий врач дал полные и исчерпывающие ответы на мои вопросы. **Я ознакомлен(а)** с действием лекарственных препаратов, с возможностью изменения лечебно - диагностической тактики в случае: выявления противопоказаний к запланированным диагностическим вмешательствам, непереносимостью тех или иных лекарственных препаратов. **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 профессиональной гигиены полости рта. Я даю согласие на изменение или продление лечения в случае необходимости, а также на повторное и последующие вмешательства.** 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**

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

*(указывается ФИО пациент (несовершеннолетнего) и фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет*

**Врач**

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

*(подпись лечащего врача, Ф.И.О.)*

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.