ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ.

Уважаемые пациенты!
Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага.

1. Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом** добровольного информированного **согласия пациента в письменной форме**.

Я,
Даю информированное добровольное согласие на проведение терапевтического и эндодонтического лечения зубов
мне
Врач:
Биологические особенности организма , вредные привычки пациента и их возможное влияние на результат лечения:
_____

1. Профессиональная гигиена полости рта – это комплекс процедур, направленных на оздоровление органов и тканей полости рта и профилактику возникновения и прогрессирования стоматологических заболеваний. Во время процедуры с поверхности зубов удаляется то, что невозможно удалить, проводя ежедневную индивидуальную гигиену в домашних условиях: плотный зубной налет, пигментированный налет, зубные камни.
Цель медицинской манипуляции: профилактика заболеваний зубов и тканей пародонта.
Этапы профессиональной гигиены:
-очищение зубов (снятие мягкого и твердого налета) проводится специальными щеточками, зубной нитью и пастой, подбираемой для соответствующего возраста пациента
-при необходимости применяется аппаратное очищение
-полирование эмали зубов
-нанесение специального минерального геля для укрепления эмали(по показаниям)
-обучение индивидуальной гигиене полости рта
Возможные осложнения**:** в редких случаях возможны аллергические реакции
Возможны дискомфортные состояния**:**
- боль, отек(припухлость) десны и мягких тканей;
- кровотечение, образование гематомы, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней;
- выпадение дефектных пломб и назубных украшений ;
-растяжение уголков рта с последующим их растрескиванием;
Ощущения пациента зависят от индивидуальной чувствительности организма. Как правило, процедура безболезненна и не требует обезболивания. Неприятные ощущения могут быть вызваны необходимостью установки ретрактора, применения пылесоса и слюноотсоса (рвотный рефлекс, пересушивание) и проявляются лёгким покалыванием слизистой.
Иногда после гигиены возможна болевая реакция на холодные раздражители ,дискомфорт при чистке зубов в домашних условиях щеткой с пастой, повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в деснах, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.
Эти ощущения проходят через 1-2 дня.
Прогнозы**:** снижение микробной нагрузки, восстановление естественного цвета зубов.
Мне сообщена, разъяснена врачом- стоматологом информация о гарантиях, а именно: невозможность обозначения сроков гарантии по причине специфики данной процедуры, индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений), технологии (методов) и материалов, которые будут использованы в процессе проведения процедур.
Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

2. Реминерализирующая терапия – это лечебно-восстановительная методика, способствующая приведению в норму минерального состава зубной эмали, проводится с целью профилактики кариеса и лечения очаговой деминерализации зубов, повышения кариесорезистентности (устойчивости к кариесу) зубов.
Основными структурными элементами зубов являются кальций и фосфор, на долю которых в среднем приходится 57% массы здоровой эмали зуба. Именно поэтому реминерализацию зубов проводят с применением составов, содержащих кальций и фосфор. Для повышения эффективности ремтерапию сочетают с применением фторидсодержащих препаратов (фтор участвует в формировании зубов и костей).
Процедура проведения:

ОБРАЗЕЦ

Вне зависимости от того, в домашних условиях проводится реминерализация или в клинике, необходима профессиональная гигиена полости рта для удаления всех зубных отложений (реминерализующие средства должны вступать в непосредственный контакт с эмалью).
Если реминерализацию планируется проводить в домашних условиях, с зубов снимаются слепки для изготовления специальных капп. В домашних условиях реминерализующий гель наносится на капы, которые пациент носит в соответствии с указаниями врача (длительность аппликаций и периодичность зависят от назначенных препаратов).
Если реминерализация проводится в клинике, после профессиональной гигиены на зубы специальной щеточкой наносится назначенный врачом препарат.
Аппликации, как правило, проводятся в течение 2-3 сеансов 1-2 раза в год.
Возможные дискомфортные состояния**:** попадание небольшого количества препарата со слюной в желудочно-кишечный тракт, необходимость не разговаривать в течении времени, пока капа находится в полости рта.
Возможные осложнения при проведении процедур**:**
- разжевывание капы и попадание отдельных ее элементов в желудочно-кишечный тракт
-аллергические реакции (в редких случаях)
Прогнозы**:** проведение реминерализации 1-2 раза в год способствует редукции прироста кариеса зубов на 36-40%.

Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы отсутствуют. Я понимаю цель и смысл рекомендаций и назначений врача. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и ясные мне по содержанию разъяснения.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала. Я понимаю, что возникновение указанных осложнений, таким образом, не является следствием некачественно оказанной мне услуги (дефектом медицинской услуги).

Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат лечения. Я понимаю также, что прогноз выздоровления (улучшения моего состояния) дается врачом исходя из собственного врачебного опыта и данных медицинской статистики.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии у меня к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я подтверждаю, что Исполнителем мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства в отношении меня согласно поставленному мне диагнозу и Прейскуранту цен на данные услуги.

Я даю согласие на фотосъемку в процессе лечения и возможное использование фотоматериалов в научных и рекламных целях.

Я даю согласие на то, что в процессе лечения ряд манипуляций может выполняться сертифицированными специалистами клиники под контролем лечащего врача.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Я понимаю, что настоящее Информированное согласие является юридическим документом. Подписывая его, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.

Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не пол влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций, а также дальнейшего соблюдения рекомендаций врача.

Подпись пациента или законного представителя:	Подпись врача:
_____	_____
ФИО	ФИО
« » 20 г.	« » 20 г.

ОБРАЗЕЦ