

наименование медицинской организации

**Информированное добровольное согласие на медицинское (-ие) вмешательство (-а)
- обучение гигиене полости рта и/или контролируруемую чистку зубов,
и/или профессиональную гигиену полости рта и зубов (основание ст. 20 Федерального закона от
21.11.2011 г. № 323-ФЗ«Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)**

Я, _____

(« ____ » _____ г. р., проживающий (-щая) по адресу: _____),

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____

(Ф.И.О. полностью)

паспорт: _____, выдан: _____

(номер, серия) (орган, выдавший паспорт, и дата выдачи)

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

_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское (-ие) вмешательство (-а): профессиональную гигиену полости рта и зубов.

Медицинский работник _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

после выполненной диагностики обосновал необходимость проведения профессиональной гигиены полости рта и зубов.

Я даю информированное добровольное согласие на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское (-ие) вмешательство (-а), а именно на профессиональную гигиену полости рта и зубов.

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемым (-и) медицинским (-и) вмешательством (вмешательствами) и, в соответствии со своей волей, мог(-ла) либо отказаться от них, либо дать свое согласие на проведение данных медицинских вмешательств.

Я информирован(-а), что проведение обучения гигиене полости рта и контролируемой чистки зубов, и профессиональной гигиены полости рта и зубов является обязательным условием при лечении: кариеса зубов, болезней пульпы зуба, болезней периапикальных тканей, гингивита, пародонтита, полного отсутствия зубов, частичного отсутствия зубов и т. Д .Я информирован(-а), что клинические рекомендации (протоколы лечения) при заболеваниях полости рта, утвержденные Решением Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России», регламентируют проведение обучения гигиене полости рта и контролируемой чистки зубов, и профессиональной гигиены полости рта и зубов в качестве обязательного условия любого планового стоматологического вмешательства, а также в качестве неотъемлемой части курса лечения заболеваний пародонта и профилактической процедуры, предотвращающей развитие кариеса.

Последствиями отказа от обучения гигиене полости рта и/или контролируемой чистки зубов, и/или профессиональной гигиены полости рта и зубов могут быть: прогрессирование основного стоматологического заболевания (-ий), ухудшение гигиенического состояния полости рта, снижение качества предоставляемой медицинской помощи стоматологического профиля, отсутствие положительного эффекта от проводимого лечения и реабилитации основного (-ых) стоматологического (-их) заболевания (-ий), развитие осложнений и т.д.

Я информирован (-а) о принципах, целях и методах оказания медицинской помощи, а именно обучения гигиене полости рта и/или контролируемой чистки зубов, и/или профессиональной гигиены полости рта и зубов, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: обеспечение надлежащей гигиены полости рта с целью предупреждения развития кариозного процесса, выработка у пациента навыков ухода за полостью рта (чистки зубов) для максимально эффективного удаления мягкого зубного налета с поверхностей зубов, контроль эффективности чистки зубов пациентом, коррекция недостатков техники чистки зубов, удаление с поверхности зуба (-ов) над- и поддесневых зубных отложений, что позволяет предотвратить развитие кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта.

Я информирован (-а) о возможных рисках и осложнениях обучения гигиене полости рта и/или контролируемой чистки зубов, и/или профессиональной гигиены полости рта и зубов, а именно о том, что в 10% случаев возможно развитие ятрогенных осложнений таких как:

- незначительные травмы слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта;
- возникновение (проявление) дефектов композитных реставраций (пломб) зубов;
- возникновение (проявление) дефектов ортопедических конструкций (зубных протезов);
- возникновение (проявление) дефектов дентальный имплантатов;
- развитие аллергических реакций на применяемые лекарственные препараты и компоненты медицинских изделий и т. д.

Я информирован(-а) о том, что после удаления зубных отложений возможно временное появление повышенной чувствительности зубов, кровоточивости дёсен, дискомфорта во время приема пищи. Я информирован(-а) о том, что в результате очистки зубов от зубного камня могут проявиться скрытые ранее под ним дефекты эмали, а именно пористость, шероховатость, пятна, кариес и т. д. Я информирован(-а) о том, что в результате очистки зубов от зубного камня станут более видимыми (ранее скрытые зубным камнем) промежутки между зубами, особенно в пришеечной области вследствие нормальной трапециевидной формы зубов.

Я информирован(-а) о невозможности причинения вреда эмали зубов (возникновение кариеса и дефектов эмали) при удалении мягких зубных отложений (мягкого зубного налёта) и плотного пигментированного налёта с помощью воздушно-абразивных систем. Я информирован(-а) о невозможности причинения вреда эмали зубов (возникновение кариеса и дефектов эмали) при механическом удалении твёрдых (минерализованных) назубных (над- и поддесневых) отложений (зубного камня) с помощью ультразвуковой пьезоэлектрической аппаратуры. В случае проведения обезболивания выбор анестезиологического пособия (анестетика) я доверяю медицинскому работнику, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые лекарственные препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т. д.) о применяемой анестезии.

Со своей стороны, я высказал(-а) все жалобы, проинформировал(-а) медицинского работника обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма (организма лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемого обучения гигиене полости рта и/или предлагаемой контролируемой чистки зубов, и/или предлагаемой профессиональной гигиены полости рта и зубов.

Я имел(-а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(-а) ответы. Я получил(-а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(-а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

Настоящий документ составлен на 3-х страницах и хранится в моей медицинской документации.

Дата оформления информированного добровольного согласия: « ____ » _____ 20__ г.

Пациент (законный представитель): _____ / _____ /
(подпись)(расшифровка)

Медицинский работник: _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка)

Я даю информированное добровольное согласие по форме и содержанию, подписанного мною ранее, а именно « ____ » _____ 20__ г., на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское (-ие) вмешательство (-а): обучение гигиене полости рта и/или контролируемую чистку зубов, и/или профессиональную гигиену полости рта и зубов.

Дата	Диагноз (МКБ-10)	Ф.И.О., (полностью), должность и подпись медицинского работника	Ф.И.О. и подпись пациента/законного представителя

