

Информированное добровольное согласие

На медицинское вмешательство – профессиональное отбеливание 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: _____),

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство, а именно на проведение профессионального отбеливания зубов (далее – профессиональное отбеливание зубов). Медицинский работник _____ (должность, Ф.И.О.

медицинского работника) после выполненной диагностик и обосновал необходимость в проведении профессионального отбеливания зубов по поводу диагноза: **изменение цвета твердых тканей зубов после прорезывания K03.7** (международная классификация болезней 10-го пересмотра). Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемым профессиональным отбеливанием зубов и, в соответствии со своей волей, мог(-ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение профессионального отбеливания зубов.

Я информирован (-а) о том, что профессиональное отбеливание зубов будет выполнено в отношении меня/лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе с применением медицинских изделий, содержащих в своем составе раствор перекиси карбамида/раствор перекиси водорода разной концентрации.

Я информирован (-а) о том, что альтернативой профессиональному отбеливанию зубов является: «домашнее» отбеливание с использованием соответствующих систем/методик/медицинских изделий, либо отказ от какого-либо отбеливания зубов.

Я информирован (-а) о том, что альтернативными профессиональному отбеливанию зубов медицинскими вмешательствами являются: изменение цвета зубов с помощью прямых композитных реставраций (зубных пломб); изменение цвета зубов с помощью временных и/или постоянных ортопедических конструкций.

Я информирован (-а) о том, что до настоящего времени не проводились исследования с целью определения возможных побочных явлений процедуры профессионального отбеливания зубов для всех типов пациентов.

Я информирован (-а) об противопоказаниях к проведению профессионального отбеливания зубов, а именно: беременность; грудное вскармливание; различные заболевания/состояния/патологии, приводящие к ослаблению/снижению иммунитета; СПИД; возраст младше 18 лет; повышенная светочувствительность; фотохимиотерапия (ПУВА/PUVA терапия); любая терапия, изменяющая светочувствительность; тяжелые общесоматические заболевания/патологии (онкологические заболевания, бронхиальная астма, сахарный диабет и т.д.); известная аллергия и/или повышенная чувствительность к компонентам отбеливающей системы; известная аллергия и/или повышенная чувствительность к применяемым лекарственным препаратам/компонентам медицинских изделий; заболевания/травмы слизистой оболочки полости рта и/или языка; повышенная чувствительность зубов; врожденные и/или приобретенные дефекты твердых тканей зуба (-ов); осложненный и/или неосложненный кариес зубов; заболевания/патологии височно-нижнечелюстного сустава; сниженный порог болевой чувствительности; заболевания/патологии тканей пародонта (десны); ортодонтическое лечение и т.д.

Я информирован(-а) о том, что необходимым предварительным условием для проведения профессионального отбеливания зубов является полная санация полости рта.

Я информирован(-а) о том, что результат профессионального отбеливания зубов не одинаков для всех пациентов. В большинстве случаев после профессионального отбеливания цвет зубов меняется от 2 (двух) до 6 (шести) оттенков по классической цветовой шкале «VITA».

Я информирован (-а) о том, что индивидуальные физиологические и анатомические особенности организма/зубочелюстной системы, возраст, пол, состояние зубов и тканей пародонта (десны), состояние гигиены полости рта и т.д. сильно влияют на конечный результат профессионального отбеливания зубов.

Я информирован (-а) о том, что лучше всего поддаются профессиональному отбеливанию зубы желтого и/или коричневого оттенка. Зубы с серыми пятнами в результате применения антибиотиков тетрациклинового ряда и/или других лекарственных препаратов мало подвержены профессиональному отбеливанию. Зубы, цвет которых изменился в результате воздействия различных химических веществ также мало подвержены профессиональному отбеливанию или не подвержены ему совсем.

Я информирован (-а) о том, что временные и/или постоянные ортопедические конструкции, а также зубные пломбы не отбеливаются, поэтому для достижения максимального эстетического результата и цветовой однородности, после профессионального отбеливания зубов их возможно придется заменить.

Я информирован (-а) о том, что в случае, если после процедуры профессионального отбеливания зубов возникает необходимость в замене временных и/или постоянных ортопедических конструкций, и/или зубных пломб выполнить это возможно не ранее чем через 14 (четырнадцать) дней после профессионального отбеливания зубов.

Я информирован (-а) о том, что на всё время проведения процедур (-ы) профессионального отбеливания зубов и на 14 (четырнадцать) дней после проведения процедур (-ы) профессионального отбеливания зубов необходимо воздержаться от: употребления фруктов, особенно цитрусовых; употребления любых красящих пищевых продуктов (свекла, шоколад, фруктовые соки, кофе, чай, красное вино, сладкие газированные напитки и т.д.); красящих лекарственных препаратов/медицинских изделий (если это возможно); курения и т.д.

Я информирован (-а) о том, что после проведения профессионального отбеливания зубов есть риск не достигнуть желаемого эстетического результата, а именно отбеливающий эффект будет незначительным (менее чем на 1 (один) оттенок по классической цветовой шкале «VITA»).

Я информирован (-а) о том, что в случае наличия у меня/лица, законным представителем которого я являюсь, повышенной чувствительности зубов (гиперестезии) перед проведением профессионального отбеливания зубов потребуются проведение курса ремотерапии/снижения повышенной чувствительности зубов (гиперестезии).

Я информирован (-а) о том, что профессиональное отбеливание зубов для достижения желаемого результата может потребовать нескольких посещений медицинской организации.

Я информирован (-а) о том, что при проведении профессионального отбеливания зубов более чем в 1(одно) посещение перерыв между процедурами может составлять от 5 (пяти) до 14 (четырнадцати) дней, в случае если перерыв между процедурами профессионального отбеливания превышает 14 (четырнадцать) дней эффективность профессионального отбеливания значительно снижается.

Я информирован (-а) о том, что достигнутый результат профессионального отбеливания зубов сохраняется от 6 (шести) до 12 (двенадцати) месяцев.

Я информирован (-а) о том, что в 90% случаев в течение 14 (четырнадцати) дней после профессионального отбеливания зубов происходит потемнение зубов на 1 (один) – 2 (два) оттенка по классической цветовой шкале «VITA» по сравнению с достигнутым результатом.

Я информирован (-а) о том, что результат профессионального отбеливания зубов, даже при соблюдении всех правил, предсказать очень трудно, поэтому я соглашаюсь на профессиональное отбеливание зубов, даже если в моем случае (в случае лица, законным представителем которого я являюсь) минимальным результатом будет изменение цвета зубов на 1 (один) оттенок по классической цветовой шкале «VITA».

Я информирован (-а) о принципах, целях и методах оказания медицинской помощи (медицинского (-их) вмешательства/вмешательств), а именно профессионального отбеливание зубов, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач :временное/обратимое изменение цвета зуба (-ов) с целью улучшения эстетики зубного ряда/зубных рядов, а также предупреждение или устранение негативных психоэмоциональных последствий, связанных с дисколоритом твердых тканей зуба (-ов) и т.д.

Я информирован (-а) о следующих возможных последствиях и осложнениях профессионального отбеливания зубов:

аллергические реакции (анафилактический шок, гиперчувствительность I типа);повышение чувствительности зубов (болезненность при действии термических и химических раздражителей);химические ожоги слизистой оболочки полости рта и/или языка;химические ожоги тканей пародонта (десны);обострение хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта;потемнение зубов; химические ожоги дыхательных путей;химические ожоги слизистой оболочки ротоглотки, глотки, пищевода;кариес зуба (-ов); пульпит зуба (-ов).

Я обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с медицинским работником и зафиксированному в медицинской документации), соблюдать гигиену полости рта.

Я информирован (-а) о необходимости строго следовать всем рекомендациям медицинского работника.

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 профессионального отбеливания зубов. Я предупрежден(-а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть при профессиональном отбеливании зубов в результате применения лекарственных препаратов и медицинских изделий.

Мне объяснено, и я понял(-а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского (-их) вмешательства/вмешательств выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана диагностики/лечения/реабилитации, включая дополнительные медицинские процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я информирован (-а) о предполагаемых результатах профессионального отбеливания зубов, а именно о временное и обратимое изменение цвета фронтальной группы зубов.

Я согласен(-а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я согласен(-а) и разрешаю медицинскому работнику, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении (лечении лица, законным представителем которого я являюсь) в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я имел(-а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(-а) ответы. Я получил(-а) все рекомендации, касающиеся запланированного медицинского вмешательства. 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 Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от предложенного профессионального отбеливания зубов, либо дать свое согласие.

Настоящий документ составлен на 4-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): профессиональное отбеливание зубов.

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