

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

Я проинформирован(а), что профессиональная гигиена полости рта является неотъемлемой частью курса лечения заболевания пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Я проинформирован(а), что последствиями отказа от процедуры могут быть: **развитие и обострение имеющихся заболеваний пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений и связанная с этим потеря зубов.**

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства: **дискомфорт, повышенная чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям в течение нескольких дней, боль; отек (припухлость) десны и мягких тканей, гематома; кровотечение; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука или Air-flow высока вероятность выпадения дефектных пломб с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов; дефектных пломб; появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба, расцементировка и повреждение ортопедических конструкций.**

Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

Я проинформирован(а) лечащего **врача о состоянии своего здоровья, в том числе о беременности, бронхиальной астме, наличии кардиостимулятора, обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем**, и предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я понял сущность манипуляций, а именно: **снятие над- и поддесневых отложений ультразвуком, пигментированных отложений и мягкого зубного налета аппаратом «Air-Flow» с воздушно-порошковой системой очистки поверхностей зубов, шлифовку и полировку зубов профессиональными пастами и флюоризацию зубов препаратами фтора.** Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур, сроки проведения процедур.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на профессиональную гигиену полости рта мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

О необходимости оказания медицинской помощи по профилю «стоматология» в плановой форме в амбулаторных условиях в период Повышенной заболеваемости населения новой коронавирусной инфекцией COVID-19 проинформирован (а).

О рисках получения медицинской помощи с учётом сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки проинформирован(а) врачом. На получение медицинской помощи в предложенном объёме согласен(а).

Я принимаю решение осуществить профессиональную гигиену полости рта на предложенных мне условиях.

Подпись пациента: _____ / _____

Врач: _____ / _____

Дата: «__» _____ 20__ г.