Приложение 17
к Договору на оказание
платных медицинских услуг
редакция от 01.11.2024

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на медицинское вмешательство - проведение профессиональной гигиены полости рта в ООО «Аль Денте»

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, _____(ФИО пациента либо законного представителя), **соглашаюсь** с тем, что медицинское вмешательство пациенту _____(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона)

будет проводить врач стоматолог ООО «Аль Денте» _____

Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о целях и методах предстоящего лечения. Профессиональная гигиена полости рта — это комплекс профилактических мероприятий, направленных на оценку гигиенического состояния полости рта пациента, оздоровление органов и тканей полости рта и профилактику возникновения и развития стоматологических заболеваний. Профессиональная гигиена полости рта заключается в снятии мягкого и пигментированного налета, удалении наддесневых и/или поддесневых зубных отложений (зубного камня) и нехирургическом лечении десны ручным, звуковым, ультразвуковым и воздушно-абразивным способом, а также может включать в себя профилактические процедуры: покрытие зубов фторлаком и фторгелем, полоскания и аппликации реминерализующими растворами, глубокое фторирование и применение герметиков при повышенной чувствительности зубов, пародонтальные аппликации; при этом осуществляется диагностика кариеса зубов, болезней пародонта, некариозных поражений, болезней слизистой оболочки и регистрация стоматологического статуса пациента. Альтернативными методами к лечению является отсутствие лечения как такового, улучшение домашнего ухода, контролируемого врачом или гигиенистом стоматологическим.

Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях и методах профессиональной гигиены, разъяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

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 лечения могут быть: инфекционные осложнения, появление и нарастание болевых ощущений, развитие местных осложнений, разрешение и потеря зубов, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта. В отсутствии проведения профессиональной гигиены возможно прогрессирование воспалительного процесса, развитие гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, потеря зубов, инфекционная сенсибилизация организма.

Я предупрежден(а) о следующих возможных **последствиях** и **осложнениях** проведенного медицинского вмешательства: **при профессиональной гигиене полости рта и после нее**:

- мне объяснили, что после процедуры гигиены полости рта может повыситься чувствительность зубов к химическим, механическим и термическим раздражителям, аллергические реакции на некоторые стоматологические материалы, кровоточивость и воспаление десен в первые 2-5 дней: у некоторых пациентов (индивидуальная особенность, особенность питания, наличие вредных привычек) после проведения профессиональной гигиены полости рта при недостаточной гигиене ротовой полости возможно образование зубного налета и зубного камня в более короткие (по сравнению со среднестатистическими) сроки; попадание в мягкие ткани или межфасциальное пространство пузырьков воздуха пли воздушно-жидкостной смеси, которое приводит к припуханию мягких тканей, изменению их цвета и болевому синдрому;
- при профессиональной гигиене используются острые инструменты (кюреты), и/или ультразвуковые насадки, и/или аппарат с воздушно-водно-порошковой смесью - если ранее в стороннем лечебном учреждении Пациенту были установлены прямые композитные виниры (люминиры, художественные реставрации), возможен их скол (потеря) с невозможностью коррекции (восстановления) — это является ожидаемым;
- под влиянием аппликационной анестезии: ощущение легкого покалывания, преходящая эритема, отек и нарушения чувствительности; аллергические реакции: очень редко - крапивница, ангионевротический отек, бронхоспазм; в исключительных случаях - анафилактический шок, недостаточное обезболивание, избыточное распространение анестетика;
- возможность изменения цвета зубов или пломб при употреблении в пищу в первую неделю после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свёкла, вишня и т.д.).

А также:

- прогрессирование зубоальвеолярных деформаций,
- дальнейшее снижение эффективности жевания,
- ухудшение эстетики, нарушение функции речи.
- прогрессирование заболевании пародонта.
- быстрая утрата зубов остаточного прикуса,
- заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава,

- общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, неврологическая патология.

Возможные исходы проведенной манипуляции:

- улучшение клинической ситуации в полости рта;
- кратковременный положительный результат лечения;
- отсутствие эффекта лечения.

В большинстве случаев через неделю после проведенного лечения наступает компенсация функции - уходят признаки воспаления десны, восстанавливается ее внешний вид. На любом этапе оказания помощи могут появиться новые поражения или осложнения, обусловленные проводимой терапией (например, аллергические реакции), что повлечет оказание дополнительной медицинской помощи, проводимой по протоколу соответствующего осложнения. При отсутствии лечения и невыполнения рекомендации может развиться новое заболевание, связанное с основным. Через полгода после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения возможно прогрессирование маргинального гингивита, его переход в гиперпластическую, язвенно-некротическую форму или хронический пародонтит. Эффективность лечения либо отсутствие эффекта непосредственно связаны с первоначальной клинической ситуацией (до начала лечения), общим состоянием организма пациента, работой иммунной системы, а также с регулярным правильным выполнением рекомендации по домашней гигиене и лекарственной терапии (в случае назначения), изменением питания, наличием или отсутствием вредных привычек.

При интенсивных болевых реакциях пли воспалительных процессах в десне возможно назначение анальгетиков и/или антибиотиков. Возможные последствия приема анальгетиков и пли антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:

- ортопантомограмма, прицельный внутриротовой рентгенологический снимок, компьютерная томограмма;
- консультация стоматолога (ов) и/или специалистов иного профиля в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья заполнена мной лично. Я понимаю, что несу ответственность за умышленное сокрытие пли искажение сведений о моём здоровье. Я проинформировал(а) медицинского работника обо всех случаях аллергических реакций, предоставил(а) сведения о состоянии здоровья на момент подписания настоящего согласия и в прошлом, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о постоянно и периодически принимаемых лекарственных средствах (инъекциях, мазях, назальных/глазных каплях, пищевых добавках), назначенных врачами другого лечебного учреждения пли принимаемых самостоятельно, об употреблении алкоголя, наркотических и иных токсических средств. Мне известно, что не предоставление информации о состоянии здоровья может повлиять на эффективность и результаты медицинского вмешательства, и я предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я доверяю лечащему врачу и медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я понимаю, что гарантийные обязательства на все виды стоматологических услуг сохраняются только в случае соблюдения рекомендаций по проведению профилактических осмотров и профессиональной гигиены полости рта. В случае невыполнения этих рекомендаций гарантия не сохраняется.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Подпись пациента / ФИО (либо законного представителя): _____ / /

Дата: «____» _____20__г. Врач стоматолог - _____ _____ / /

---------- либо ----------

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Подпись пациента / ФИО (либо законного представителя): _____ / /

Дата: «____» _____20__г. Врач стоматолог - _____ _____ / /