

**Информированное добровольное согласие на медицинское
вмешательство**

Профессиональная гигиена 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. Подписание Вами данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____

даю добровольное согласие на проведение профессиональной гигиены полости рта.

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

Я проинформирован(а), что последствиями отказа от профессиональной гигиены полости рта могут быть: развитие или обострение имеющихся заболеваний пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений.

Я понимаю, что нарушение правил гигиены полости рта может приводить к таким негативным последствиям, как деминерализация эмали, вплоть до развития кариеса и его осложнений, гингивит, воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта, обострение хронических заболеваний пародонта.

Меня ознакомили с необходимостью регулярных визитов в клинику, как во время активного этапа лечения, так и после его завершения в целях профилактики. Я понимаю, что не соблюдение этого условия может приводить к изменению запланированных сроков лечения, влиять на качество проводимого лечения.

Мне понятен план, объем и цели профессиональной гигиены полости рта.

Гигиенист стоматологический подробно ознакомил меня с используемыми материалами, объяснил необходимость тщательно соблюдать рекомендации, периодичности регулярных визитов в клинику для контроля.

Я проинформирован(а), что проходить комплекс профессиональной гигиены рекомендуется не реже 2 раз в год, а при наличии имплантатов и брекет-систем 3-4 раза в год.

При подписании данного соглашения на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от процедуры, либо дать свое согласие. Я добровольно подписываю данное соглашение на проведение процедуры профессиональной гигиены полости рта в предусмотренном врачом объеме. Я понимаю, что успешный результат проведенной профессиональной гигиены полости рта может быть значительно снижен в следующих случаях:

- нарушение сроков лечения, установленных врачом, -неполный курс лечения, не дающий стабильного результата;
- применение процедур и прием медикаментов, не назначенных врачом (самолечение);
- наличие (возникновение) аллергических реакций (в случае, если я не указал (а) об этом в медицинской анкете) на применяемые материалы и медикаменты;

- отказ от санации (хирургической или терапевтической), что ведет к сохранению очагов
- хронической инфекции, влияющих на общее состояние организма,
- наличие системных заболеваний и обменных нарушений, требующих лечения у других специалистов;
- плохой уход за полостью рта;
- активное курение;
- прием алкоголя накануне и сразу после лечения.

Я признаю особые обстоятельства, осложняющие проведение процедуры и ее успешность:

- курение;
- неудовлетворительная гигиена полости рта;
- повышенный и рвотный рефлекс;
- аллергия на применяемые медикаменты.

Я предупрежден, что данная процедура сопровождается возникновением определенного дискомфорта, связанного с появлением кровоточивости и болезненности десен во время процедуры и на 1-2 день после:

- повышением чувствительности зубов;
- повреждением реставраций (особенно находящихся в неудовлетворительном состоянии);
- повреждением ортодонтической аппаратуры и ортопедических конструкций;
- микротравмами слизистой оболочки полости рта;
- возникновением аллергических реакций на применяемые материалы и медикаменты.

Я ознакомлена (ознакомлен) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на медицинское вмешательство.

Подпись пациента: _____ / _____ /
(подпись пациента) (ФИО)

Гигиенист: _____ / _____ /
(подпись гигиениста) (Ф И О)

Дата «__» _____ 20__ г.