

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство  
(проведение профессиональной гигиены полости рта)**

Данное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства № 736 от 11.05.2023.

Я \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

**Данный раздел заполняется при оказании услуг лицам, не достигшим 15-ти лет:**

являясь законным представителем (указать ф.и.о. ребенка):

\_\_\_\_\_

дата рождения ребенка \_\_\_\_\_

при оказании мне (представляемому) стоматологических услуг в ООО «ДЕНТИК ФЭМИЛИ» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство – проведение профессиональной гигиены полости рта.

**Профессиональная гигиена полости рта** — это комплекс мероприятий, проводимых врачом-стоматологом или гигиенистом, которые направлены на удаление зубных отложений с поверхности коронок и корней зубов с целью предупреждение развития и прогрессирования стоматологических заболеваний. Во время процедуры с поверхности зубов удаляются зубные отложения, которые невозможно удалить, проводя ежедневную индивидуальную гигиену в домашних условиях: плотный, пигментированный и минерализованный зубной налет. Профессиональная гигиена является неотъемлемой частью лечения заболевания пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса.

**Альтернативные варианты:** отказ от медицинского вмешательства; относительной альтернативой профессиональной гигиене полости рта является соблюдение надлежащей гигиены силами самого пациента (законного представителя).

**Я подтверждаю, что врач проинформировал меня о планируемом вмешательстве и его методе:** профессиональная гигиена полости рта включает в себя несколько этапов: осмотр, диагностику, обучение пациента индивидуальной гигиене рта, контролируемая чистка зубов; удаление отложений; шлифовка и полирование поверхностей зубов профессиональными пастами; аппликации реминерализующих и фторсодержащих средств. Снятие над- и поддесневых отложений проводится ультразвуком, пигментированных отложений и мягкого зубного налета - аппаратом «Air-Flow» с воздушно-порошковой системой очистки поверхностей зубов (с помощью карбоната натрия, карбоната кальция или глицина), а также ручными инструментами; в процессе вмешательства проводится медикаментозная обработка, измерение глубины десневых карманов.

**Цель медицинского вмешательства:** регулярное проведение профессиональной гигиены позволяет уменьшить риск проявления таких проблем, как: неприятный запах изо рта, развитие воспалительных процессов, развитие кариеса, воспаление десен, образование пародонтальных карманов, оголение шеек зубов, повышенная чувствительность зубов и десен, подвижность зубов и убыль костной ткани.

Проведение профессиональной гигиены полости рта необходимо перед плановым терапевтическим, хирургическим, ортопедическим, ортодонтическим лечением.

**Последствиями отказа от процедуры могут быть:** развитие и обострение имеющихся заболеваний пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений и связанная с этим потеря зубов.

**Показания к проведению профессиональной гигиены:** профилактика стоматологических заболеваний с учётом индивидуальных рисков развития кариеса и заболеваний пародонта.

Я уведомлен(а) о том, что профессиональную гигиену необходимо выполнять минимум два раза в год, при этом самостоятельно чистить зубы не менее двух раз в день. Периодичность проведения профессиональной гигиены зависит от стоматологического статуса пациента (гигиенического состояния полости рта, интенсивности кариеса зубов, состояния тканей пародонта, наличия несъемной ортодонтической аппаратуры). Периодичность проведения профессиональной гигиены определяется врачом.

**Предполагаемые результаты:** снижение микробной нагрузки, восстановление кровообращения в околозубном пространстве, уменьшение кровоточивости десен, уменьшение воспаления десен, восстановление естественного цвета зубов. Даже при успешном завершении профессиональной гигиены нельзя дать гарантии, что зубы не подвергнутся кариозному разрушению, а также обострению хронического процесса в будущем, поскольку воспалительные процессы в тканях зуба и окружающих тканях зависят не только от видимой чистоты поверхности зубов (наличия зубных отложений).

Я осознаю и мне разъяснено, что во время проведения процедуры могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. Я согласен (согласна) на то, что вид и тактика медицинского вмешательства может быть изменена врачом по его усмотрению с целью обеспечения максимальной защиты организма во время медицинского вмешательства.

Меня предупредили, что в случае чувствительности зубов и десен необходимо проведение обезболивания до проведения процедуры.

**Возможные риски и осложнения:** 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; индивидуальные аллергические реакции, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов.

После проведения профилактической гигиены рекомендовано не полоскать ротовую полость два часа; употреблять пищу в течение двух часов после процедуры; воздержаться от употребления пищи с красящими свойствами на 12 часов; не курить минимум 2-4 часа; не употреблять продукты, повышающие чувствительность зубов – лимоны, яблоки, газированные напитки; не использовать в течение 7 дней ополаскиватели на спиртовой основе.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и предотвратить, и которые не зависят в полной мере от квалификации, действий (бездействий) медицинского персонала. Я понимаю, что возникновение указанных осложнений, таким образом, не являются следствием некачественно оказанной мне услуги (дефектом медицинской услуги).

Я проинформировал(а) врача обо всех сведениях, которые могут каким-либо образом повлиять на процесс и результат лечения, в т.ч. о наличии заболеваний (в т.ч. перенесенных), лечении в других медицинских организациях, противопоказаниях к применению каких-либо лекарств или процедур, обо всех случаях аллергии на лекарственные препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль в прошлом и настоящее время, сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических, токсических и психотропных средств. Я обязуюсь незамедлительно сообщать врачу обо всех изменениях моего (представляемого) здоровья.

Я подтверждаю, что врачом мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора профессиональной гигиены, я имел(а) возможность полностью обсудить с врачом предстоящее медицинское вмешательство.

Также я информирован(а) о возможности получения бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) в других медицинских организациях. Я информирован(а), что ООО «ДЕНТИК ФЭМИЛИ» НЕ участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

Я ознакомлен(а) с положениями статей 29–32 Закона № 2300-1 "О защите прав потребителей", в том числе с правом на отказ от исполнения договора, правом на уменьшение цены при обнаружении недостатков, правом на составление твердой сметы по моему требованию. Понимаю, что могу получить аналогичную медицинскую помощь бесплатно в рамках программы ОМС, о чем проинформирован(а) отдельно.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мною прочитаны, разъяснены мне медицинским работником и понятны.

Я добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство – проведение профессиональной гигиены полости рта на описанных выше условиях и обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

### **Согласен на проведение профессиональной гигиены полости рта**

Пациент

(законный представитель):

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, инициалы пациента/законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Врач:

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, инициалы врача)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Дата оформления:

\_\_\_\_\_