

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

### на проведение процедуры отбеливания зубов

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, {ФамилияИмяОтчество} (ФИО пациента либо законного представителя), соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство (процедуру отбеливания зубов, другое вмешательство: \_\_\_\_\_)

пациенту \_\_\_\_\_

(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительном падеже) будет проводить врач-стоматолог {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество} и другие врачи ООО «ЮККИДЕНТ». В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника оставляет за собой право заменить лечащего врача, уведомив меня об этом. Я даю согласие на привлечение к моему лечению других специалистов, в том числе врачей, не являющихся работниками Исполнителя (при необходимости).

Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о целях и методах предстоящей процедуры отбеливания зубов, которое представляет собой химический процесс осветления материалов, медленно трансформирующий ткани зуба в промежуточные продукты, которые окрашены светлее, чем оригинал. Активным компонентом отбеливающих зубных препаратов является перекись водорода. Отбеливание проводится с целью осветления зубов и улучшения эстетики и не является лечением. Отбеливание является сложной химической процедурой, успех которой зависит от индивидуальных анатомических, физиологических и других особенностей моего организма, от которых также могут зависеть и возможные общие и местные осложнения. Альтернативой отбеливанию можно считать использование виниров или люминиров, а также других материалов, улучшающих эстетику, в ряде случаев возможно проведение реставрации зубов, либо протезирование с соответствующей предварительной подготовкой в виде терапевтического и/или хирургического лечения и другие методы.

В зависимости от состояния зубов и дёсен пациента врач назначает индивидуально вид и схему отбеливания зубов. Степень отбеливания зубов невозможно спрогнозировать заранее в силу медицинской специфики данной процедуры.

Абсолютными противопоказаниями для проведения отбеливания зубов являются: возраст до 18 лет, беременность, кормление грудью, аллергические реакции на перекись водорода.

Перед проведением процедуры отбеливания необходимо провести профессиональную гигиеническую чистку зубов и снятие зубных отложений (т.к. это непосредственно влияет на процесс отбеливания зубов), а также провести терапевтическое лечение при наличии показаний, чтобы закрыть пломбировочным материалом кариозные полости и открытые каналы зубов.

При проведении отбеливания зубов возможно появление чувствительности зубов и воспаления дёсен, возможно обнаружение реакции на изолирующий агент. Даже при проведении тщательного предварительного терапевтического лечения после процедуры отбеливания возможно возникновение чувствительности одного или нескольких зубов, в случае если у этого зуба (зубов) имеется дефект, который невозможно определить визуально и/или с использованием диагностических методов. При проведении отбеливания зубов с удаленным нервом (стенки которых истончены и ослаблены) необходимо дополнительно вводить отбеливающее вещество внутрь зуба, что может привести к появлению трещин или даже переломов стенок зуба, в долгосрочном прогнозе возможно воздействие химического вещества на костную ткань, расположенную непосредственно перед отбеливаемым зубом. Тем не менее химические вещества в процессе отбеливания не наносят вред тканям и не повреждают зубы, т.к. все отбеливающие системы и аппараты, разрешённые к использованию в Российской Федерации, прошли доклинические и клинические испытания и имеют необходимые документы.

При нарушении пациентом рекомендованной врачом схемы отбеливания зубов, а также попытках провести процедуру самостоятельно, возможно возникновение необратимых изменений в структуре зубов. В этом случае, а также в случае, когда у пациента появляются интенсивные, не проходящие жалобы со стороны зубов или дёсен в процессе отбеливания зубов, врач вынужден прекратить проведение процедуры отбеливания, даже если не достигнут желаемый для пациента результат.

**Важно:** врач не может гарантировать достижения стопроцентного совпадения цвета зубов после проведения процедуры отбеливания с ожиданиями пациента. В результате проведения процедуры отбеливания возможно окрашивание десны в белый цвет. Также возможно появление пятнистости зубов. Также я понимаю, что все инородные материалы в полости рта (пломбы, композитные и не прямые виниры, коронки, накладки) не отбеливаются, в связи с чем может потребоваться их замена после окончания процедуры отбеливания зубов, что может повлечь дополнительные расходы и затраты времени. Любые продукты, фрукты, ягоды, напитки, химические и лекарственные препараты, содержащие красители, а также курение могут помешать процессу отбеливания зубов или вызвать быстрый возврат цвета после проведенного отбеливания зубов. Длительность сохранения эффекта отбеливания зубов зависит от индивидуальных особенностей и образа жизни, в дальнейшем возможно повторение курсов отбеливания. Для поддержания эффекта отбеливания зубов необходимо прекратить и хотя бы ограничить курение и употребление пищевых красителей, по рекомендации врача проводить краткие повторные курсы домашнего отбеливания (один раз в 3-6 месяцев или реже) в строгом соответствии с рекомендациями, пользоваться специальными отбеливающими зубными пастами.

При попадании отбеливающего геля на кожу или в глаза необходимо срочно смыть гель проточной водой. В случае, если произошло заглатывание отбеливающего геля, возможно появление легких диспептических явлений.

При проведении отбеливания в ряде случаев возможно применение анестезии. Возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, последующее затруднённое открывание рта, поломка иглы, боль при введении анестетика, недостаточное обезболивание, избыточное введение анестетика, повреждение анестезируемых тканей, образование гематом, инфицирование, некроз тканей, продолжительное нарушение чувствительности, локальное побледнение кожи, аллергические реакции, снижение внимания, анафилактический шок, коллапс;

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

**Возможные исходы проводимого лечения:**

- изменение/улучшение цвета зубов;
- кратковременный положительный результат лечения;
- отсутствие эффекта лечения.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно: невозможно предсказать, будет ли достигнут желаемый результат, невозможно определить гарантийные сроки по причине медицинской специфики процедуры отбеливания, исходного цвета зубов, клинической картины, наличия вредных привычек, нарушении диеты и различных особенностей организма.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе отбеливания, сроки проведения процедуры, стоимость отбеливания одного зуба и всей процедуры, включая предварительную подготовку. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно прогнозировать заранее.

Мне сообщено и понятно, что необходимым условием эффективного лечения является выполнение компьютерной томографии, в случае несоблюдения мною рекомендации по проведению КТ до лечения я лишая врачей возможности постановки правильного диагноза и выбора оптимальной тактики моего лечения.

**Необходимые условия для достижения положительного результата лечения:**

- точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача,
- последовательное выполнение пациентом **всех рекомендаций, а также этапов и сроков** стоматологического лечения, рекомендованных врачом.

Срок проведения процедуры отбеливания - \_\_\_\_\_

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

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 признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или 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 или 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 предоставляю ООО «ЮККИДЕНТ» право вести фото- и видеопрокол манипуляций по выбору врача(ей), использовать, обрабатывать, хранить, дублировать, анализировать мои изображения, включая фотографии и рентгенологические снимки, срезы КТ на сайтах в сети Интернет, для контроля качества лечения, для научных публикаций и в программах обучения врачей при соблюдении анонимности (т.е. без указания Ф.И.О. пациента).

Мне сообщено и понятно, что необходимым условием эффективного лечения является выполнение компьютерной томографии, в случае несоблюдения мною рекомендации по проведению КТ до лечения я лишая врачей возможности постановки правильного диагноза и выбора оптимальной тактики моего лечения.

Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения.

*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.*

Совместно с лечащим врачом мы установили, что цвет моих зубов по расцветке \_\_\_\_\_ до проведения процедуры отбеливания соответствует \_\_\_\_\_

Я понимаю, что после проведения процедуры, цвет моих зубов изменится предположительно на 1 тон.

Дополнительно: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Вариант 1.**

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.

Пациент \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись пациента либо законного представителя) {ТекущаяДатаПолная} г.

Врач \_\_\_\_\_ ({Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}) {ТекущаяДатаПолная} г.

Рекомендации в письменном виде и разъяснения от врача получил(а) \_\_\_\_\_ / {ФамилияИмяОтчество} /

**Вариант 2.**

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

Пациент \_\_\_\_\_ (ФИО пациента либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись пациента либо законного представителя) {ТекущаяДатаПолная} г.

Врач \_\_\_\_\_ ({Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}) {ТекущаяДатаПолная} г.