

**Общество с ограниченной ответственностью «Стом-Дарт-Плюс»
(ООО «Стом-Дарт-Плюс»)**

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
на клиническое отбеливания зубов**

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен(на) с названными мне условиями проведения лечения. Подписание данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я _____ «__» _____ г. р.

полностью соглашаюсь с тем, что отбеливание зубов в ООО «Стом-Дарт-Плюс» будет проводить медицинский работник: _____

(должность, ФИО врача)

Мне сообщена врачом в доступной для меня форме, разъяснена и понятна следующая информация: цели, методы оказания медицинской процедуры, связанный с ней риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания данного медицинского вмешательства.

Мне даны подробные объяснения о состоянии моих зубов и полости рта. В зависимости от состояния зубов и дёсен пациента врач назначает индивидуально вид и схему отбеливания зубов.

Я понимаю, что при проведении лечебных манипуляций по отбеливанию зубов существует определенная **степень риска**:

- после проведения сеансов отбеливания есть риск не достигнуть желаемого результата, то есть отбеливающий эффект будет незначительным, менее чем на полтона;
- достигнутый результат может очень быстро исчезнуть, то есть зубы могут снова потемнеть до первоначального состояния;
- возможно повышение чувствительности зубов в течение первых 24 часов, то есть появится болезненность при действии термических и химических раздражителей. Эти ощущения обычно проходят в течение 1-2 дней или может потребоваться дополнительная реминерализующая терапия в условиях клиники;
- возможно появление болезненности в области десневого края, а также видимые незначительные его изменения и повреждения: шероховатость, покраснение, побледнение и т.д.;
- после отбеливания возможен риск возникновения значительного цветового различия между собственными тканями зуба и пломбами, коронками, накладками, винирами, а также протезами, которые имеются в полости рта. Это происходит в силу того, что отбеливающие системы не оказывают какого-либо воздействия на пломбировочные материалы и зубные протезы., поэтому может потребоваться их замена после окончания процедуры отбеливания зубов.

Меня информировали:

- об *альтернативных методах лечения*, направленных на осветление зубов: изготовление прямых композитных реставраций, изготовление непрямых композитных и керамических реставраций, изготовление керамических и металлокерамических конструкций.
- что *данная медицинская процедура не проводится* лицам до 18 лет; при проведении ортодонтического лечения; при беременности, кормлении грудью; аллергических реакциях на перекись водорода; при приеме следующих препаратов: доксициклин, тетрациклин, третиноин, ципрофлоксацин, оксапрозин, гидрохлортиазид и т.д., так как данные препараты являются светочувствительными и во время процедуры отбеливания зубов могут возникнуть фотохимические или фотоаллергические реакции (по типу солнечных ожогов или дерматитов); при общих заболеваниях: онкологических и эндокринных, бронхиальной астме, гипертонической болезни и т.д.
- что для *достижения желаемого результата* эта процедура может быть выполнена в один-два визита или больше посещений, в зависимости от типа зубов пациента. Каждое посещение будет занимать от часа до полутора часов.
- что при проведении данной процедуры более чем в одно посещение, перерыв между процедурами может составлять от одной до двух недель. Если проходит более двух недель, результаты могут быть менее значительными, т.е. эффективность процедуры будет потеряна.
- что перед проведением процедуры отбеливания необходимо закрыть пломбировочным материалом кариозные полости и открытые каналы зубов.
- активным компонентом отбеливающих зубов препаратов является перекись водорода
- при соблюдении рекомендаций врача, в процессе отбеливания не наносится повреждения тканям зубов, т.к. все отбеливающие системы и аппараты для кабинетного отбеливания зубов прошли серьезные лабораторные и клинические испытания и имеют необходимые сертификаты.
- при нарушении пациентом рекомендованной врачом схемы отбеливания зубов, возможно возникновение необратимых изменений в структуре зубов. В этом случае, а также в случае, когда у пациента появляются интенсивные, непроходящие жалобы со стороны зубов или дёсен в процессе проведения отбеливания зубов, врач прекращает процедуру отбеливания, даже если не достигнут желаемый для пациента результат.
- окончательный цвет зубов определяется через 2 недели после завершения процедуры отбеливания.
- длительность сохранения эффекта отбеливания зубов зависит от индивидуальных особенностей (в среднем от 1 до 3 лет), в дальнейшем возможно проведение полных повторных курсов отбеливания.

- об основных правилах при проведении процедуры отбеливания и обязательного их соблюдения в течение всего периода проведения процедуры: не употреблять фрукты (особенно цитрусовые), а также фруктовые соки, поскольку содержащиеся в них фруктовые кислоты и красители могут стать причиной повышенной чувствительности; не употреблять, или, по крайней мере, свести к минимуму употребление кофе, чая, красного вина, газированных напитков, содержащих красящие вещества, а также не курить, чтобы предотвратить вероятность появления на эмали зубов пятен.
- по рекомендации врача проводить краткие повторные курсы домашнего отбеливания (один раз в 3-6 месяцев или реже по необходимости), пользоваться специальными отбеливающими зубными пастами.

Меня предупредили о том:

- что в случае изначальной чувствительности зубов необходимо проведение процедуры по снижению чувствительности до отбеливания;
- о необходимости рентгенологического обследования при проведении контрольного осмотра, чтобы своевременно выявить и предупредить возникновение возможной резорбции корня
- что после проведения отбеливания в 70-90% случаев в течение 2-х недель происходит потемнение зубов примерно на 0,5-1 тон.
- при проведении отбеливания зубов с удаленным нервом (стенки таких зубов обычно истончены и ослаблены) возможно появление трещин или переломов стенок зуба., измененные в цвете зубы с удаленным нервом не отбеливаются при нанесении отбеливающего препарата на поверхность зуба.
- для дополнительной активации геля во время процедуры используется источник света. Поэтому, если у меня имеются меланомы или я нахожусь под фотохимико- и PUVA терапией мне необходимо проконсультироваться с терапевтом до отбеливания. Также если я принимаю любые светочувствительные препараты, то я должен/а проконсультироваться с лечащим врачом, чтобы избежать фотореакции.
- 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 профессиональной чистки или при лечении зубов возможно применение анестезии.
- возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, последующее затрудненное открывание рта, аллергические реакции.
- при интенсивных болевых реакциях или воспалительных процессах на корнях зубов или в дёснах возможно назначение анальгетиков или антибиотиков.
- возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я обязуюсь немедленно проинформировать моего лечащего врача обо всех неприятных ощущениях, возникающих при проведении процедур домашнего отбеливания.

Я проинформировал/а лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация:

- о невозможности предсказания достижения точного результата процедуры отбеливания и невозможности определения гарантийных сроков и сроков службы в отношении достигнутого результата по причине медицинской специфики процедуры отбеливания, природного (естественного) цвета зубов и особенностей организма и я **согласен/а с тем**, что понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, никто не может предсказать точный результат планируемого лечения и ожидаемый мной результат лечения не гарантирован;
- о том, что мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик, стандартов лечения и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Мне сообщено и понятно:

- необходимость выполнения мною плана индивидуальных мероприятий, рекомендованных врачом;
- что необходим контроль качества проведенной процедуры и обязательное посещение врача для прохождения контрольных осмотров в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.

Я обязуюсь выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения.

Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе отбеливания;
- сроки проведения процедуры;
- стоимость отбеливания одного зуба и объема работ в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня в случае повышения стоимости и обоснует это.

Мне сообщено и понятно, что одним из критериев эффективности оказания медицинских услуг является результат проведенного лечения, подтвержденный фотографиями и рентгенограммами до, после и в процессе лечения в соответствии с согласованным планом лечения. Я даю согласие на фотографирование моего лица и зубных рядов при оказании мне медицинских услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью клиники

Я даю согласие, что в исключительных случаях (болезнь врача, отпуск, увольнение и т.п.) клиника может заменить врача, уведомив меня об этом лично либо по телефону и получив мое согласие.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Я внимательно ознакомился/ась и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях с целью проведения отбеливания зубов, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____ / «__» _____ 202__ г.
(подпись врача) (расшифровка подписи)

Беседу провел врач: _____ / _____ / «__» _____ 202__ г.
(подпись врача) (расшифровка подписи)