№ карты

Информированное добровольное согласие на внутриканальное отбеливание

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19–23 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен(на) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____,

получил(а) всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. **Цели лечения**. Внутриканальное отбеливание проводится с целью устранения изменения цвета зуба (зубов), возникшего в результате эндодонтического лечения, травмы, внутренней резорбции или прокрашивания твердых тканей зуба. Процедура направлена на достижение эстетически приемлемого оттенка зуба (зубов) при сохранении целостности твердых тканей.
2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства**. Внутриканальное отбеливание проводится после предварительно выполненного качественного эндодонтического лечения. Методика включает:

- изоляцию зуба (коффердамом);
- внесение отбеливающего агента (на основе перекиси водорода, пербората натрия и др.) в полость зуба;
- временную герметизацию зуба на определенный срок;
- при необходимости – повторные аппликации для достижения желаемого результата.

Мне разъяснено, что выбор метода лечения определяется врачом и согласовывается со мной.

3. **Риски, последствия, осложнения**. Я понимаю, что внутриканальное отбеливание является медицинским вмешательством и не может гарантировать стопроцентного результата. Возможны следующие осложнения и последствия:

- недостаточная степень отбеливания или отсутствие эффекта (особенно при выраженном прокрашивании дентина, наличии пломбировочного материала, изменяющего цвет);
- рецидив изменения цвета зуба в отдаленные сроки;
- повышенная чувствительность зуба (временная или стойкая);
- раздражение слизистой оболочки полости рта при попадании отбеливающего агента;
- ослабление твердых тканей зуба, изменение структуры эмали;
- необходимость повторного эндодонтического лечения при возникновении осложнений;
- аллергическая реакция на компоненты отбеливающей системы;
- при наличии трещин, сколов или некачественной герметизации – риск проникновения отбеливающего агента в периодонт с развитием воспаления (наружный/внутренний резорбтивный процесс, болевой синдром).

Я осознаю, что указанные выше осложнения не всегда являются следствием некачественно предоставленной услуги и могут быть обусловлены индивидуальными особенностями организма, предшествующим лечением, а также иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

4. **Противопоказания**. Мне сообщены противопоказания к проведению внутриканального отбеливания, включая, но не ограничиваясь: некачественное эндодонтическое лечение; наличие невылеченного кариеса, трещин корня, сколов; беременность и период грудного вскармливания; возраст до 18 лет; аллергия на компоненты отбеливающих систем; выраженная резорбция корня; активные

Образец

воспалительные заболевания пародонта; онкологические заболевания; тяжелые системные заболевания (иммунодефицитные состояния, декомпенсированный сахарный диабет и др.). Я подтверждаю, что сообщил(а) врачу все сведения о состоянии своего здоровья, принимаемых лекарствах, аллергиях и беременности.

5. **Предполагаемые результаты лечения**. Ожидаемым результатом является осветление зуба (зубов) до естественного или согласованного со мной оттенка. Я понимаю, что результат может отличаться от ожидаемого, а эстетическая оценка субъективна и не может являться основанием для предъявления претензий. Полностью исключить риск повторного потемнения зуба невозможно. В ряде случаев может потребоваться дополнительное отбеливание, протезирование или повторное эндодонтическое лечение.

6. Я даю свое согласие на проведение дополнительных манипуляций при необходимости: снятие пломбы, распломбировка корневого канала (полости зуба), наложение временной пломбы, применение коффердама, проведение профессиональной гигиены полости рта, а также на выполнение контрольных рентгенологических исследований в процессе подготовки и после отбеливания.

7. Я обязуюсь соблюдать рекомендации врача до, во время и после отбеливания: использовать реминерализующие препараты, избегать красящих продуктов питания и напитков в определенный период, соблюдать гигиену полости рта, своевременно являться на контрольные осмотры.

8. Я информирован(а), что несвоевременная явка на прием, невыполнение рекомендаций врача или их неполное выполнение могут привести к снижению эффективности процедуры, развитию осложнений и увеличению сроков лечения. В случае отказа от лечения или его прерывания по моей инициативе я самостоятельно несу риск наступления неблагоприятных последствий.

9. Я понимаю, что должен(на) незамедлительно информировать лечащего врача о любых изменениях состояния здоровья, возникновении аллергических реакций, болей, отеков, изменении цвета зуба или десны, а также о принимаемых лекарственных препаратах.

10. Я даю свое согласие на проведение внутриканального отбеливания на условиях, изложенных в настоящем документе. Мне было достаточно времени для принятия решения, я получил(а) исчерпывающие ответы на все вопросы.

11. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.

Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья (в том числе после смерти):

_____

Ф.И.О., контактный телефон

- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи.
- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.
- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

Беседу провел врач _____ / _____
(подпись)

Потребитель(Пациент) согласился с проведением медицинского вмешательства
(подпись)

Образец

Потребитель(Пациент) отказался от проведения медицинского вмешательства
(подпись)

Дата:

Образец