•№ карты

Информированное добровольное согласие на проведение процедуры профилактического снятия зубных отложений

Я, _____,

настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии у меня в поло- сти рта зубных отложений и о том, что зубные отложения возникают практически у всех людей и образуется из воды, минеральных солей слюны и микроорганизмов.

Снятие зубных отложений представляет собой совокупность процедур, направленных на удаление с поверхности зуба отложений с целью улучшения внешнего вида и поддержания здорового состояния десен и зубов, хорошее состояние пломб и протезных конструкций, предупреждения развития стоматологических заболеваний

Я был(а) информирован(а) врачом о том, что существует два вида зубных отложений:

мягкие зубные отложения, которые в основном состоят из мелких остатков пищи, органических соединений и микроорганизмов;

твёрдые зубные отложения, которые сформировались из мягких отложений путём постепенного затвердевания.

Я также был(а) предупрежден(а) врачом о том, что зубные отложения являются не только косметической проблемой (особенно при окрашивании красителями, содержащимися в кофе, чае, сигаретном дыме), в связи с которой изменяется цвет и структура зубов, появля- ется неприятный запах изо рта (из-за размножения микрофлоры). В твердом и в мягком зубном налете содержится огромное количество микроорганизмов, которые могут стать причиной воспалительных заболеваний в полости рта, в т.ч. и опорного аппарата зубов - пародонта. Воспалению десны, помимо бактериального фактора, способствует и раздражение края десны зубным камнем. Врачом мне было доступно разъяснено, что в современной пародонтологии зубному налету отводится ведущая роль в возникновении заболеваний пародонта. Таким образом, снятие зубных отложений – является обязательной процедурой при лечении гингивита и пародонтита, а также для их профилактики ещё до появления характерных признаков болезней пародонта в виде неприятного запаха изо рта, кровоточивости десен, расшатывания зубов и др.

Таким образом, мне было разъяснено и понятно, что последствиями отказа от проведения процедуры снятия зубных отложений могут быть: возникновение пародонтита, гингивита, кариеса зубов, воспаление и кровоточивость десен, расшатывание зубов, неприятный запах изо рта.

Я предупрежден(а), что в случае возникновения у меня пародонтологического заболевания и, следовательно, необходимости проведения пародонтологического лечения мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия на данные виды медицинских вмешательств.

Я был(а) информирован(а) о том, что снятие зубных отложений возможно только в условиях стоматологической клиники с использованием современного оборудования и специальных методик: ультразвуковой, порошково-струйной, инструментальной.

С учетом вида имеющихся у меня зубных отложений при их снятии будет использоваться следующие методики:

- инструментальная методика – кюретаж. Закрытым кюретажом называют процедуру снятия зубных отложений и очистки десневых или пародонтальных карманов, выполняемую без нарушения целостности десны. Показанием для проведения закрытого кюретажа является небольшая длина десневого кармана (до 5 мм). Чистку пародонтального кармана осуществляют при помощи тонких ручных инструментов для удаления наддесневого и поддесневого зубного камня, удаления грануляционной ткани из полости кармана и с его стенок, наложения защитной повязки из различных стоматологических препаратов.
- ультразвуковая методика – использование специальных аппаратов для снятия зубных отложений, таких как: ультразвуковой скалер, аппарат «Vector» и др. При помощи ультразвуковых колебаний создается зона, в которой погибают патогенные бактерии, а мельчайшие частицы очищающего порошка (Fluid polish) полируют поверхность корня. С помощью антисептического раствора «карманы» интенсивно промываются. За счет гидродинамического эффекта количество микроорганизмов значительно сокращается и это достигается без повреждения мягких тканей.
- AirFlow – подача реактивной струи аэрозоля, состоящей из воды, воздуха и абразивного вещества, через специальный наконечник.

Я был(а) информирован(а) врачом о том, что такое медицинское вмешательство, как снятие зубных отложений с зубов необходимо проходить, как минимум, два раза в год.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что, хотя снятие зубных отложений имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, это биологическая процедура, которая, как любая временная и профилактическая процедура, не может иметь гарантии на успех, ибо зубные отложения обязательно будут образовываться снова. При снятии зубных отложений положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю то, что говорить об альтернативных методах лечения не приходится, так как снятие зубных отложений лечением вообще не является, а является лишь профилактической процедурой.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что после снятия зубных отложений могут возникнуть временные неприятные ощущения в виде реакции зубов на холодное и горячее, а также возникновение болезненных ощущений в области десневого края, покраснение, жжение и кровоточивость десен.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после снятия зубных отложений являются болевые

Образец

ощущения в области вме- шательства и что при появлении болевых ощущений после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику для дополнительного обследования и консультация с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Так же я предупрежден о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Я имел возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил на них удовлетворяющие меня ответы и на основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства врачом клиники.

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):

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, 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)
(ф.и.о.)

Потребитель(Пациент) **отказался** от проведения медицинского вмешательства _____(подпись)
(ф.и.о.)

Образец