

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Уважаемые пациенты!

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. При этом необходимым является и частичное повреждение здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага.

Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.**

Профессиональная гигиена полости рта – это комплекс мероприятий, проводимых врачом-стоматологом или гигиенистом-стоматологическим, 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.

Показания к проведению профессиональной гигиены: профессиональная гигиена рекомендована взрослым и детям в целях профилактики стоматологических заболеваний с учётом индивидуальных рисков развития кариеса и заболеваний пародонта. 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, а в качестве превентивного мероприятия каждые 6 месяцев (при заболеваниях пародонта и высоком риске развития кариеса – каждые 3 месяца).

Методики профессиональной гигиены: Профессиональная гигиена полости рта включает в себя осмотр, диагностику, удаление мягкого зубного налета и твердых зубных отложений, полировку поверхностей зубов, противовоспалительную и реминерализующую терапию, обучение пациента гигиеническим навыкам по уходу за полостью рта в домашних условиях и рекомендации по правильному подбору средств и предметов гигиены для домашнего ухода за зубами и деснами.

Контролируемая чистка зубов - один из этапов лечебно-профилактических мероприятий, которые проводятся в условиях стоматологических клиник и под руководством врача-стоматолога или гигиениста-стоматологического.

Контролируемая чистка зубов включает в себя:

- Оценку самостоятельного ухода за полостью рта в домашних условиях (с применением индикаторов зубного налета и проведением фотодокументации состояния полости рта).

- Выявление зон риска с точки зрения возникновения/усугубления заболеваний пародонта и возникновения/усугубления кариеса;

- Подбор средств и предметов гигиены для самостоятельного ухода за полостью рта в домашних условиях;

- Обучение навыкам ухода за полостью рта в домашних условиях.

Снятие минерализованных зубных отложений. Проводится с помощью ультразвукового метода и/или с применением кюрет (специальных стоматологических инструментов).

Снятие плотных, пигментированных и мягких зубных отложений. Проводится с помощью циркулярных щеток, полировочных резиновых головок с нанесением специальной пасты для профессионального применения и/или воздушно-абразивной методикой (с помощью карбоната натрия, карбоната кальция или глицина).

Полировка поверхностей зубов Проводится с помощью полировочных инструментов и профессиональных полировочных паст и/или воздушно-абразивной методики с применением состава на основе глицина и/или эритритола абразивностью не более 25 микрон. После проведения профессиональной гигиены может быть произведено фторирование зубов, реминерализующая терапия, наложение лечебной повязки - по показаниям.

Периодичность прохождения процедуры: если иное не указано лечащим врачом-стоматологом,

1. По общему правилу в целях сохранения и поддержания стоматологического здоровья профессиональную гигиену проходят не реже 2 раз в год (каждые 6 месяцев).

2. При проведении пародонтологического лечения необходимо проводить профессиональную гигиену 4 раза в год (каждые 3 месяца).

3. При лечении на классической брекет-системе необходимо проходить профессиональную гигиену – 3 раза в год (каждые 4 месяца), при лечении на лингвальных брекетах необходимо проводить профессиональную гигиену – 6 раз в год (каждые 2 месяца). После снятия брекетов в течение 1 недели необходимо обратиться к гигиенисту на профессиональную гигиену и фторирование зубов. Это позволит эмали зубов и деснам восстановиться после ортодонтического лечения.

4. При наличии имплантатов и ортопедических конструкций на них - не реже 1 раза в 3-4 месяца.

Возможные дискомфортные состояния.

Ощущения зависят от клинической картины и индивидуальной чувствительности организма. Как правило, процедура безболезненна и не требует обезболивания. Непривычные ощущения могут быть вызваны необходимостью установки ретрактора, при применении аспирационной системы (пылесоса и слюноотсоса) в виде рвотного рефлекса, пересушивания слизистой оболочки полости рта), лёгким покалыванием слизистой при применении воздушно-абразивного метода.

Возможные осложнения после процедуры:

болевые ощущения (особенно при наличии у пациента клиновидных дефектов, рецессии десны, кариозных полостей); кровоточивость десен; отечность мягких тканей; повышение чувствительности зубов, в том числе в

результате действия холодных раздражителей и при чистки зубов в домашних условиях; дискомфорт; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов; Во время проведения профессиональной гигиены существует вероятность выпадения пломб с нарушением краевою прилегания; неудовлетворяющих анатомо-функциональным требованиям; появление или усиление подвижности зубов, визуального обнажение корня зуба (в силу снятия зубных отложений, ранее закрывавших корень).

Прогнозы: снижение микробной нагрузки, восстановление кровообращения в околозубном пространстве, уменьшение кровоточивости десен, уменьшение воспаления десен, восстановление естественного цвета зубов.

Я _____ даю согласие на медицинское вмешательство - проведение профессиональной гигиены полости рта врачом _____.

Биологические особенности организма пациента и их влияние на результат лечения (привести к осложнениям): _____

Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы либо части текста отсутствуют.

Вопрос № 1 _____

Ответ № 1 _____

Вопрос № 2 _____

Ответ № 2 _____

Вопрос № 3 _____

Ответ № 3 _____

Я понимаю цель и назначение описанной манипуляции, а также цель и смысл рекомендаций и назначений врача. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и ясные мне по содержанию разъяснения.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются вероятными объективными неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала.

Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат манипуляции. Я понимаю также, что прогноз об исходе заболевания (состояния) дается врачом исходя из собственного врачебного опыта и данных медицинской статистики, при этом я, как конкретный пациент в конкретной ситуации лечения, не являюсь усредненной статистической единицей.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я подтверждаю, что Исполнителем мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства согласно поставленному мне диагнозу.

Я понимаю, что факт моего согласия на медицинское вмешательство влечет соответствующие юридические последствия. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.

Я подписываю настоящий документ, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой и доступной для понимания информацией для принятия решения.

Подпись пациента: _____

Подпись врача: _____

ФИО _____

ФИО _____

« _____ » _____ 20 ____ г.

« _____ » _____ 20 ____ г.