

**Информированное добровольное согласие пациента  
на проведение комплексной профессиональной гигиены полости рта**

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О., год рождения) заполняется собственноручно пациентом или его законным представителем  
(законный представитель) \_\_\_\_\_

(ФИО несовершеннолетнего)

в соответствии со ст. 20, 21, 22 и 23 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ уполномочиваю врача **ООО «Семейная стоматология»** осуществить мне (представляемому лицу) **проведение комплексной профессиональной гигиены полости рта.**

Я сообщил(а) врачу обо всех перенесенных мной (представляемым лицом) хронических и сопутствующих заболеваниях, травмах, операциях, а также о принимаемых лекарственных средствах. Вместе с тем, я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ. Я понимаю, что результат лечения зависит, в том числе, и от исходного состояния здоровья, а так же анатомических особенностей организма.

Лечащим врачом мне разъяснены характер, ход, объем, время проведения комплексной профессиональной гигиены полости рта.

Врач разъяснил мне, что проведение процедуры профессиональной гигиены полости рта проводится с **целью** профилактики и лечения заболеваний твердых тканей зубов и слизистой оболочки полости рта (кариес и его осложнения; гингивит; заболевания пародонта). Мне сообщено, что **методом** проведения профессиональной гигиены полости рта является тщательное удаление мягких и твердых зубных отложений со всех поверхностей зубов и последующая обработка зубов и десен профилактическими средствами. Процедура выполняется при помощи профессионального оборудования: ультразвуковых и комбинированных аппаратов, стоматологических паст и щеток.

**Противопоказания.** *Абсолютные противопоказания к профессиональной гигиене полости рта:* острая фаза воспалительных стоматологических заболеваний (стоматит, герпес, гингивит, язвы), травмы ротовой полости, острая фаза легочных заболеваний (бронхиальная астма, бронхит, респираторно-вирусные заболевания – касается в основном пескоструйной обработки), восстановительный период после удаления зуба. *Относительные противопоказания к профессиональной гигиене полости рта* связаны с наличием сопутствующей патологии – у пациентов с нарушенной свертываемостью крови, наличием онкозаболеваний и т.д.

**Подписывая настоящее информированное согласие, я подтверждаю, что перечисленными заболеваниями не страдаю (представляемое лицо не страдает), и в перечисленных состояниях на момент процедуры не пребываю (-ет).**

**Этапы профессиональной гигиены полости рта:**

✓ при помощи ультразвукового аппарата стоматолог снимает отложения, которые располагаются как под десной, так и над десной. При контакте аппарата с зубом происходит разрыхление и скалывание зубных отложений. Иногда требуется дополнительно ручная чистка поддесневых камней, для чего используют специальные инструменты для выскабливания. Ручные и ультразвуковые приспособления, как правило, дополняют друг друга.

✓ удаляется мягкий зубной налет с труднодоступных мест с использованием воздушно-абразивных аппаратов. После процедуры на зубах не остается желтого или коричневого налета, они очищаются до своего природного цвета.

✓ полировка зубов и пломб с помощью профессиональных щеток и средств, с целью предотвращения повторного быстрого формирования зубных отложений.

✓ обработка зубной эмали специальным реминерализующим составом, содержащим кальций, фосфор, фтор с целью предотвращения появления чувствительности зубов, укрепления эмали.

✓ рекомендации пациенту по выбору средств гигиены полости рта.

При этом, доктор решает, какие методы чистки необходимы в данный момент, в связи с чем какой-либо из указанных этапов может быть пропущен.

**Возможные осложнения** на этапах и после лечения, а именно:

• *в процессе лечения* — дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, образование гематомы, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; выпадение дефектных пломб; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием;

• *после лечения* — повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в деснах, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

**Врач пояснил мне о невозможности обозначения сроков гарантии** по причине специфики данной процедуры и индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки).

Рекомендательный период проведения профессиональной комплексной гигиены **1 раз в 6 месяцев**, тем самым уменьшается риск возникновения первичного, вторичного кариеса, проблем с заболеванием пародонта.

Я обязуюсь соблюдать (обеспечить представляемым лицом соблюдение) рекомендации и назначения врача. Мне известно, что несоблюдение мною (представляемым лицом) предписаний врача, плана лечения или правил внутреннего распорядка медицинского учреждения, может неблагоприятно сказаться на здоровье, что может способствовать ухудшению общего состояния.

**Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(-а) вышеизложенную информацию, она мне понятна, все интересующие меня вопросы были заданы мной моему лечащему врачу, на них были получены ответы, и я даю добровольное информированное согласие на проведение мне (представляемому лицу) комплексной профессиональной гигиены полости рта.**

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ Расшифровка подписи: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_ Расшифровка подписи: \_\_\_\_\_