

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство – профессиональное отбеливание зубов**
(основание: статья 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, _____ {ФИОПациента}

{ДатаРожденияПациента} рождения, проживающий(-ая) по адресу:

{АдресПациента}

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

паспорт: _____, выдан: _____
(серия, номер) (орган, выдавший паспорт, и дата выдачи)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – нужное подчеркнуть) ребёнка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребёнка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинское вмешательство, а именно: на проведение профессионального отбеливания зубов (далее – профессиональное отбеливание зубов).

Медицинский работник

{Врач}

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

после выполненной диагностики обосновал мне необходимость в проведении профессионального отбеливания зубов по поводу диагноза(-ов): **изменение цвета твёрдых тканей зубов после прорезывания К 03.7** (международная классификация болезней 10-го пересмотра) и/или **изменение цвета зубов в процессе формирования К 00.8** (международная классификация болезней 10-го пересмотра).

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемым профессиональным отбеливанием зубов и, в соответствии со своей волей, мог(ла) либо отказаться от него, либо дать своё согласие на проведение профессионального отбеливания зубов.

Я информирован(а) о том, что профессиональное отбеливание зубов будет выполнено в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе с применением медицинских изделий, содержащих в своем составе раствор перекиси карбамида/раствор перекиси водорода разной концентрации.

Последствием отказа от предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) профессионального отбеливания зубов может быть развитие негативных психоэмоциональных состояний, связанных с эстетикой зубного(-ых) ряда(-ов)/улыбки.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами медицинского(-их) вмешательства/вмешательств, которое(-ые) в моем случае (в случае лица, законным представителем которого я являюсь) не показаны и/или не безопасны, и/или будут иметь меньший клинический успех.

Я информирован(а) о том, что альтернативой профессиональному отбеливанию зубов является: «домашнее» отбеливание с использованием соответствующих систем/методик/медицинских изделий, либо отказ от какого-либо отбеливания зубов.

Я информирован(а) о том, что альтернативными профессиональному отбеливанию зубов медицинскими вмешательствами являются в том числе: изменение цвета зубов с помощью прямых композитных реставраций (зубных пломб); изменение цвета зубов с помощью временных и/или постоянных ортопедических конструкций.

Я информирован(а) о том, что до настоящего времени не проводились исследования с целью определения возможных побочных явлений процедуры профессионального отбеливания зубов для всех типов пациентов.

Я информирован(а) об противопоказаниях к проведению профессионального отбеливания зубов, а именно: беременность; грудное вскармливание; различные заболевания/состояния/патологии, приводящие к ослаблению/снижению иммунитета; СПИД; возраст младше 18-ти лет; повышенная светочувствительность; фотохимиотерапия (ПУВА/РУВА терапия); любая терапия, изменяющая светочувствительность; тяжелые общесоматические заболевания/патологии (онкологические заболевания, бронхиальная астма, сахарный диабет и т.д.); известная аллергия и/или повышенная чувствительность к компонентам отбеливающей системы; известная аллергия и/или повышенная чувствительность к применяемым лекарственным препаратам/компонентам медицинских изделий; заболевания/травмы слизистой оболочки полости рта и/или языка; повышенная

чувствительность зубов; врожденные и/или приобретённые дефекты твердых тканей зуба(-ов); осложнённый и/или неосложнённый карIES зубов; заболевания/патологии височно-нижнечелюстного сустава; сниженный порог болевой чувствительности; заболевания/патологии тканей пародонта (десны); ортодонтическое лечение на разных его этапах и т.д.

Я информирован(а) о том, что необходимым предварительным условием для проведения профессионального отбеливания зубов является полная санация полости рта.

Я информирован(а) о том, что результат профессионального отбеливания зубов не одинаков для всех пациентов. В большинстве случаев после профессионального отбеливания цвет зубов меняется от 2 (двух) до 6 (шести) оттенков по классической цветовой шкале «VITA».

Я информирован(а) о том, что индивидуальные физиологические и анатомические особенности организма/зубочелюстной системы, возраст, пол, состояние зубов и тканей пародонта (десны), состояние гигиены полости рта и т.д. сильно влияют на конечный результат профессионального отбеливания зубов.

Я информирован(а) о том, что лучше всего поддаются профессиональному отбеливанию зубы жёлтого и/или коричневого оттенка. Зубы с серыми пятнами в результате применения антибиотиков тетрациклического ряда и/или других лекарственных препаратов мало подвержены профессиональному отбеливанию. Зубы, цвет которых изменился в результате воздействия различных химических веществ, также мало подвержены профессиональному отбеливанию или не подвержены ему совсем.

Я информирован(а) о том, что временные и/или постоянные ортопедические конструкции, а также зубные пломбы не отбеливаются, поэтому для достижения максимального эстетического результата и цветовой однородности после профессионального отбеливания зубов их, возможно, придётся заменить.

Я информирован(а) о том, что в случае, если после процедуры профессионального отбеливания зубов возникает необходимость в замене временных и/или постоянных ортопедических конструкций, и/или зубных пломб, выполнить это возможно не ранее чем через 14 (четырнадцать) дней после профессионального отбеливания зубов.

Я информирован(а) о том, что на всё время проведения процедуры(ы) профессионального отбеливания зубов и на 14 (четырнадцать) дней после проведения процедуры(ы) профессионального отбеливания зубов необходимо воздержаться от: употребления фруктов, особенно цитрусовых; употребления любых красящих пищевых продуктов (свёкла, шоколад, фруктовые соки, кофе, чай, красное вино, сладкие газированные напитки и т.д.); употребления красящих лекарственных препаратов/медицинских изделий (если это возможно); курения и т.д.

Я информирован(а) о том, что после проведения профессионального отбеливания зубов есть риск не достигнуть желаемого эстетического результата, а именно: отбеливающий эффект будет незначительным (менее чем на 1 (один) оттенок по классической цветовой шкале «VITA»).

Я информирован(а) о том, что в случае наличия у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) повышенной чувствительности зубов (гиперестезии), перед проведением профессионального отбеливания зубов потребуется проведение курса реминерализирующей терапии/снижения повышенной чувствительности зубов (гиперестезии).

Я информирован(а) о том, что профессиональное отбеливание зубов для достижения желаемого результата может потребовать нескольких посещений медицинской организации.

Я информирован(а) о том, что при проведении профессионального отбеливания зубов более чем в 1 (одно) посещение, перерыв между процедурами может составлять от 5 (пяти) до 14 (четырнадцати) дней, и в случае, если перерыв между процедурами профессионального отбеливания зубов превышает 14 (четырнадцать) дней, эффективность профессионального отбеливания значительно снижается.

Я информирован(а) о том, что достигнутый результат профессионального отбеливания зубов сохраняется от 6 (шести) до 12 (двенадцати) месяцев.

Я информирован(а) о том, что в 90% случаев в течение 14 (четырнадцати) дней после профессионального отбеливания зубов происходит потемнение зубов на 1 (один) – 2 (два) оттенка по классической цветовой шкале «VITA» по сравнению с достигнутым результатом.

Я информирован(а) о том, что результат профессионального отбеливания зубов, даже при соблюдении всех правил, предсказать очень трудно, поэтому я соглашаюсь на профессиональное отбеливание зубов, даже если в моем случае (в случае лица, законным представителем которого я являюсь) минимальным результатом будет изменение цвета зубов на 1 (один) оттенок по классической цветовой шкале «VITA».

Я информирован(а) о принципах, целях и методах оказания медицинской помощи (медицинского(-их) вмешательства/вмешательств), а именно профессионального отбеливание зубов, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: временное (обратимое) изменение цвета зуба(-ов) с целью улучшения эстетики зубного ряда/зубных рядов, а также предупреждения или устранения негативных психоэмоциональных последствий, связанных с дискомфортом твёрдых тканей зуба(-ов) и т.д.

Я информирован(а) о возможных рисках и осложнениях профессионального отбеливания зубов, а именно о том, что в 20% случаев возможно развитие ятрогенных осложнений (появление новых поражений или осложнений, обусловленных профессиональным отбеливанием зубов), а также, что в 10% случаев возможно развитие нового заболевания, связанного с основным.

Я информирован(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях профессионального отбеливания зубов:

- аллергические реакции (анафилактический шок, гиперчувствительность I типа);

- повышение чувствительности зубов (болезненность при воздействии термических и химических раздражителей);
- химические ожоги слизистой оболочки полости рта и/или языка;
- химические ожоги тканей пародонта (десны);
- обострение хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- потемнение зубов;
- химические ожоги дыхательных путей;
- химические ожоги слизистой оболочки ротоглотки, глотки, пищевода;
- неосложнённый кариес зуба(-ов);
- осложнённый кариес зуба(-ов).

Я даю информированное добровольное согласие на оказание мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) экстренной медицинской помощи при состояниях, угрожающих жизни и здоровью, в случае их развития, в том объёме, который определит(-ят) медицинский(-ие) работник(и).

Я информирован(а) о том, что экстренная медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни и здоровью, может включать в себя, в том числе: получение венозного доступа и/или введение лекарственных препаратов, и/или проведение сердечно-лёгочной реанимации (дефибрилляция сердца, ИВЛ, непрямой массаж сердца, трахеотомия/трахеостомия/коникотомия/коникостомия, интубация трахеи, использование ларингеальной маски, использование фаринготрахеальных и пищеводно-трахеальных воздуховодов и т.д.).

Я информирован(а) о том, что при оказании экстренной медицинской помощи при состояниях, угрожающих жизни и здоровью, в целях спасения жизни, может быть причинён обоснованный и непреднамеренный вред моему здоровью (здравию лица, законным представителем которого я являюсь).

Я информирован(а) о том, что при оказании экстренной медицинской помощи при состояниях, угрожающих жизни и здоровью, может потребоваться моя (лица, законным представителем которого я являюсь) медицинская эвакуация в специализированную медицинскую организацию.

Я обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговорённому с медицинским работником и зафиксированному в медицинской документации), соблюдать гигиену полости рта.

Я информирован(а) о необходимости строго следовать всем рекомендациям медицинского работника.

Я информирован(а) о том, что эффект от профессионального отбеливания зубов (результат, длительность, последствия и т.д.) во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций медицинского работника.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) медицинского работника обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма (организма лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе аллергического характера, о наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов и/или использования медицинских изделий.

Я предоставил(а) медицинскому работнику точную историю моего физического и психического здоровья (здравия лица, законным представителем которого я являюсь). Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от медицинского работника указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительных медицинских вмешательств, в том числе в экстренной форме, я даю согласие на оказание медицинских услуг (медицинской помощи) в том объёме, который определит медицинский работник.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные медицинские процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи стоматологического профиля любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я информирован(а) о предполагаемых результатах профессионального отбеливания зубов, а именно: временное и обратимое изменение цвета фронтальной группы зубов.

Я согласен(-на) на проведение медицинской фото- и видеосъёмки при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных. Я согласен(-на) и разрешаю медицинскому работнику, в случае необходимости, опубликовать информацию о моём лечении (лечении лица, законным представителем которого я являюсь) в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению (лечению лица, законным представителем которого я являюсь).

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечёт за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от предложенного лечения, либо дать на него своё согласие.

Я информирован(а), что настоящий документ составлен на **4-х** страницах и хранится в моей медицинской документации (медицинской документации лица, законным представителем которого я являюсь).

Дата оформления информированного добровольного согласия: {ДатаДоговора}

Пациент (законный представитель):	<hr/> (подпись)	{ФИОПациента}
		(расшифровка)
Медицинский работник:	<hr/> (подпись)	{Врач}
		(расшифровка)

Этот раздел бланка заполняется в случае отказа от медицинского вмешательства

От подписи бланка на отказ от медицинского вмешательства пациент(ка) отказался(-ась):

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись: _____

Должность, Ф.И.О. и подпись: _____

Должность, Ф.И.О. и подпись: _____

« _____ » _____ 202____ г.