

**Информированное согласие пациента, не достигшего возраста 18 лет, на проведение профессиональной гигиены полости рта в стоматологической клинике ООО «Яблоков и Ко»**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., число, месяц, год рождения законного представителя)

являясь законным представителем несовершеннолетнего(ей) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., число, месяц, год рождения несовершеннолетнего(ей))

даю добровольное информированное согласие на проведение профессиональной гигиены полости рта представляемому(ой) мной несовершеннолетнему(ей), именуемому(ой) в дальнейшем Пациент.

Я проинформирован(а), что проведение профессиональной гигиены полости рта является обязательным условием части курса лечения.

Я информирован(а), что клинические рекомендации (протоколы лечения) при заболеваниях полости рта, утвержденные Стоматологической Ассоциацией России, регламентируют проведение профессиональной гигиены в качестве обязательного условия любого планового стоматологического вмешательства, а также в качестве неотъемлемой части курса лечения заболеваний пародонта и профилактической процедуры, предотвращающей развитие кариеса.

Я понял(а) сущность манипуляций, а именно: снятие над- и поддесневых зубных отложений ультразвуком, пигментированных отложений и мягкого зубного налета аппаратом «Air-Flow» с воздушно-порошковой системой очистки поверхностей зубов, шлифовки и полировки зубов профессиональными пастами, флюоризации зубов препаратами фтора. Мне названы и со мной согласованы методы (технологии), материалы и лекарственные препараты, которые будут использованы в процессе проведения процедуры, а также сроки проведения процедур.

Я информирован(а), о следующих возможных последствиях и осложнениях медицинского вмешательства: дискомфорт, повышенная чувствительность зубов к химическим и термическими раздражителям в течение нескольких дней, болевые ощущения; отек (припухлость) десен и мягких тканей, гематома; кровоточивость десен; во время проведения профессиональной гигиены полости рта с помощью ультразвука или аппарата «Air-Flow» существует вероятность выпадения с зубов дефектных (с нарушением краевого прилегания) пломб; появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба; расцементировка ортопедической конструкции. Я также информирован(а) о том, что в результате очистки зубов от зубного камня могут проявиться скрытые ранее под ним дефекты эмали – пористость, шероховатость, пятна, кариес; что станут более видимыми (ранее скрытые камнем), промежутки между зубами, особенно в пришеечной области в следствие нормальной трапецевидной формы зубов.

Я получил(а) подробные объяснения о всех возможных рисках и осложнениях, которые могут произойти при проведении инъекционной анестезии (кровотечения, гематомы, повреждение нервов и сосудов, боль после анестезии, парезы лица) и применении лекарственных препаратов, а также при приеме лекарственных препаратов.

Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого врача или ассистента, участие которого будет необходимо в лечении Пациента.

Я даю разрешение делать инъекции, в том числе лекарственных препаратов, которые будут необходимы для лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

Я информирован(а) о невозможности причинения вреда эмали зубов (возникновении кариеса и дефектов эмали) при проведении процедуры профессиональной гигиены полости рта.

Я предоставил(а) медицинскому работнику (гигиенисту стоматологическому) точную историю физического и психического здоровья Пациента, проинформировал(а) обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, о наличии всех хронических заболеваний. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента, а также необходимость выполнения им всех, полученных от медицинского работника (гигиениста стоматологического/врача) указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, и визитов в указанные сроки.

В случае возникновения у Пациента осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

Я согласен(на) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных Пациента.

Я разрешаю/не разрешаю (ненужное зачеркнуть) использовать публично фотографии зубов и полости рта Пациента при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, прогрессирование заболеваний пародонта, утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, появление либо нарастание болевых ощущений, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма Пациента, я согласен(на) с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом, т.к. представления пациентов о лечении, как правило, не совпадают с реальной действительностью. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Я понимаю, что медицинский работник, также как и я, заинтересован в благоприятном исходе проводимого Пациентом лечения и сделает для этого все необходимое.

Я понимаю, что в связи с индивидуальной анатомией и реакцией организма возможно расхождение с первоначально определенным планом лечения и изменение ранее оговоренной стоимости лечения как в большую, так и в меньшую сторону.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого Пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций медицинского работника, следования принципам здорового образа жизни.

Я осознаю свою ответственность за сохранение здоровья Пациента и обязуюсь обеспечить соблюдение им правил личной гигиены полости рта, согласен(на) обеспечить его явки на профилактические осмотры 1 раз в 6 месяцев (либо иной период, рекомендованный медицинским работником/врачом), а также для проведения профессиональной гигиены в сроки, назначенные медицинским работником/врачом. Я знаю, что в случае несоблюдения Пациентом гигиены полости рта и в случаях его неявки на плановые профилактические осмотры возможно ухудшение состояния зубов, десен и костной ткани, способное привести к необходимости замены пломб, возникновению проблем с ортопедической конструкцией, требующих ее замены, стать причиной потери зубов.

Я понимаю, что я ответственен(на) за оплату услуг, оказанных Пациенту в ООО «Яблоков и Ко» в соответствии с прейскурантом клиники. Я внимательно ознакомился(ась) с прейскурантом клиники, с условиями гарантии на стоматологические услуги и согласен(на) оплачивать все оказанные мне стоматологические услуги по факту их оказания.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся профессиональной гигиены полости рта. 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 разъяснено значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению. Я принимаю решение приступить к лечению Пациента на предложенных условиях.

№ зап.	Дата приема	Манипуляции	«С манипуляцией ознакомлен(а), все термины ясны, осложнения и риски манипуляции понятны. Даю согласие на проведение медицинского вмешательства». Подпись пациента.

Законный представитель \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Врач \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.