

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ОТБЕЛИВАНИЕ ЗУБОВ
PHILIPS ZOOM! WHITESPEED (ZOOM 4)**

1. Сведения о пациенте и лице, дающем согласие

Я, Потребитель/Пациент:

Дата рождения:

зарегистрированный(ая) по адресу:

проживающий(ая) по адресу:

Документ, удостоверяющий личность: паспорт

серия/номер:

выдан:

Если согласие подписывает представитель субъекта персональных данных (Пациента):

ФИО представителя:

Адрес места жительства:

Документ, удостоверяющий личность: серия _____ № _____, выдан _____

Документ, подтверждающий полномочия представителя:

(свидетельство о рождении, распоряжение об опеке, нотариально удостоверенная доверенность)

Медицинский работник (ФИО): _____

2. Сущность и порядок медицинского вмешательства

Мне разъяснено, что профессиональное клиническое отбеливание Philips Zoom! WhiteSpeed (Zoom 4) является эстетическим медицинским вмешательством, направленным на осветление естественных тканей витальных зубов. Процедура не лечит кариес, заболевания пульпы, пародонта или слизистой, не изменяет форму и положение зубов и не заменяет необходимое стоматологическое лечение.

В ходе процедуры губы, щёки, язык, дёсны и открытые участки дентина изолируются, пациенту и персоналу предоставляются защитные средства и очки. На поверхность выбранных зубов наносится профессиональный гель, содержащий 25% перекиси водорода, который активируется LED-светом системы Zoom 4. Один сеанс обычно включает 3–4 аппликации по 15 минут. Врач вправе уменьшить интенсивность, сократить число циклов, приостановить или прекратить процедуру при боли, выраженной чувствительности, повреждении изоляции или иной нежелательной реакции.

3. Противопоказания и обстоятельства, влияющие на безопасность

Мне разъяснено, что отбеливание не проводится либо откладывается в следующих случаях:

- возраст пациента менее 18 лет;
- беременность или период грудного вскармливания;
- текущее лечение тяжёлого заболевания, выраженное иммунокомпрометированное состояние либо иное состояние, при котором врач считает вмешательство небезопасным;
- известная аллергия или индивидуальная непереносимость перекиси водорода либо иных материалов процедуры;
- активный кариес, трещины зубов, негерметичные реставрации, заболевания пульпы или периапикальных тканей;
- активное заболевание пародонта, повреждение слизистой, выраженная рецессия десны, открытые участки дентина или корней;
- выраженная гиперчувствительность зубов либо тяжёлая реакция на отбеливание в прошлом;
- другие выявленные врачом противопоказания или необходимость предварительного лечения.

Я подтверждаю, что до процедуры сообщил(а) врачу достоверные сведения о состоянии здоровья, беременности/лактации, аллергиях, хронических и острых заболеваниях, ранее перенесённых реакциях на отбеливание, фоточувствительности, проводимой фототерапии, а также обо всех постоянно или временно принимаемых лекарственных препаратах и БАДах. Мне разъяснено, что сокрытие или искажение этих сведений может увеличить риск осложнений и повлиять на результат.

4. Ожидаемый результат и его ограничения

- Результат индивидуален и зависит от исходного цвета, причины изменения оттенка, возраста, анатомии и минерализации зубов, состояния эмали и дентина, гигиены, питания, курения и ранее проведённого лечения.
- Конкретный оттенок, количество тонов осветления и срок сохранения результата заранее гарантировать невозможно. Серые, тетрациклиновые, флюорозные и другие внутренние изменения могут осветляться слабее или неравномерно.
- Пломбы, композитные реставрации, виниры, коронки, вкладки и иные искусственные материалы не отбеливаются. После стабилизации цвета для совпадения оттенка может потребоваться их замена как отдельное лечение за отдельную плату.
- Сразу после процедуры зубы временно обезвожены и могут выглядеть светлее; белые пятна и полосы могут стать заметнее. Неравномерность, связанная с обезвоживанием, обычно уменьшается в течение 2–7 дней.
- Разные зубы и участки одного зуба могут отбеливаться неодинаково. Границы реставраций, трещины, гипоплазия и ранее незаметные изменения могут стать визуально выраженнее.
- Цвет со временем частично возвращается под влиянием естественных процессов, питания, напитков, курения и гигиены; для поддержания результата может потребоваться повторное или домашнее отбеливание по назначению врача.

5. Возможные реакции, риски и осложнения

Мне разъяснено, что перечисленные ниже реакции возникают не у каждого пациента, различаются по выраженности и продолжительности и могут потребовать прекращения процедуры, наблюдения, дополнительной диагностики или лечения:

- чувствительность или гиперчувствительность зубов к холодному, горячему, воздуху и сладкому, кратковременные прострелы либо боль; обычно реакция временная, но иногда бывает выраженной и сохраняется дольше ожидаемого срока;
- раздражение, побеление, болезненность или химический ожог дёсен и другой слизистой, отёк губ, дискомфорт от ретрактора и изоляционных материалов;
- ощущение тепла, в том числе более выраженное при наличии металлических реставраций, имплантатов или ортодонтических элементов;
- сухость губ, неприятный вкус, раздражение горла, тошнота при случайном попадании небольшого количества материала в рот; проглатывать гель нельзя;
- усиление проявлений ранее незаметных трещин, кариеса, открытого дентина, дефектов реставраций или воспаления пульпы; при сохраняющейся или нарастающей боли может потребоваться самостоятельное лечение зуба;
- индивидуальная непереносимость или аллергическая реакция на применяемые материалы;
- временная неравномерность цвета, усиление видимости пятен, полос, прозрачности режущего края или отличий между зубами;
- иные непредвиденные реакции, связанные с индивидуальными особенностями организма.

6. Возможные альтернативы

Мне разъяснено, что вместо клинического отбеливания я могу:

- отказаться от отбеливания и сохранить существующий цвет зубов;
- выполнить только профессиональную гигиену, если изменение цвета связано преимущественно с внешним налётом;
- выбрать контролируемое врачом домашнее отбеливание;
- для отдельного депульпированного зуба рассмотреть внутрикоронковое отбеливание по показаниям;
- при изменениях, не поддающихся отбеливанию, рассмотреть реставрационное или ортопедическое лечение.

7. Обязанности пациента и рекомендации

- выполнить предварительные назначения врача и не принимать обезболивающие или иные препараты «для профилактики» без согласования;

- немедленно сообщать врачу о боли, жжении, выраженном тепле, тошноте или другом дискомфорте во время процедуры;
- после процедуры применять средства для снижения чувствительности только по рекомендации врача;
- не употреблять кофе, чай, красное вино, табак, красящие продукты (ягоды, фрукты, овощи, соки, яркие супы и т.д.) как минимум 3 дня после процедуры, далее соблюдать индивидуальные рекомендации врача;
- не проводить самостоятельное отбеливание концентрированными или не предназначенными для этого средствами; домашнее поддерживающее отбеливание проводить только по назначению врача;
- не планировать композитные/адгезивные реставрации ранее чем через 7 дней после отбеливания, если врач не определил иной срок по клиническим показаниям;
- обратиться в клинику при сильной или нарастающей боли, длительной чувствительности, сохраняющемся ожоге или отёке слизистой либо иной необычной реакции.

8. Медицинская фотофиксация и использование данных

Для диагностики, планирования, изготовления конструкций, оценки этапов и ведения медицинской документации может потребоваться фото- или видеофиксация полости рта и лица.

9. Добровольное согласие пациента

Мне в доступной форме объяснены цель, метод и порядок отбеливания, свойства применяемого геля, ожидаемый результат и его ограничения, риски, возможные осложнения, альтернативы и последствия отказа.

Я сообщил(а) врачу полные и достоверные сведения о здоровье, аллергиях, заболеваниях и принимаемых препаратах. Мне была предоставлена возможность задать вопросы; ответы врача понятны.

Я понимаю, что врач и медицинская организация обязаны оказать медицинскую помощь надлежащего качества, но не могут гарантировать конкретный оттенок, количество тонов осветления, абсолютное совпадение результата с моими ожиданиями или неизменность цвета во времени.

Я понимаю, что наличие описанной реакции или осложнения само по себе не свидетельствует о ненадлежащем качестве медицинской помощи и требует оценки с учётом клинической ситуации.

Я понимаю, что могу отказаться от вмешательства или потребовать его прекращения до или во время процедуры после разъяснения возможных последствий; такое решение фиксируется в медицинской документации.

Я добровольно соглашаюсь на профессиональное клиническое отбеливание зубов системой Philips Zoom! WhiteSpeed (Zoom 4) в объёме, определённом врачом, а также на необходимые меры изоляции и защиты и применение материалов для снижения чувствительности по показаниям.

10. Подписи

Потребитель (Пациент)/законный представитель:

✓ _____

Медицинский работник (ФИО):

Дата оформления: