

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ГИГИЕНУ ПОЛОСТИ РТА
И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ
(НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ ПАЦИЕНТЫ)**

1. Сведения о пациенте и лице, дающем согласие

Дата рождения:

зарегистрированный(ая) по адресу:

проживающий(ая) по адресу:

Документ, удостоверяющий личность:

паспорт

являясь ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ:

Пациент: _____

Дата рождения:

зарегистрированный(ая) по адресу:

проживающий(ая) по адресу:

Документ, удостоверяющий личность: свидетельство о рождении

серия/номер:

выдан:

Медицинский работник (ФИО):

2. Предлагаемое вмешательство

- Профессиональная гигиена полости рта и зубов: удаление мягкого, плотного и пигментированного налета, над- и/или поддесневых зубных отложений ручным, звуковым/ультразвуковым и/или воздушно-абразивным способом; очистка межзубных промежутков; полирование зубов и реставраций по показаниям, с применением одного из видов реминерализации.
- Местная реминерализующая терапия (аппликация геля, лака, раствора или иного средства по медицинским показаниям).
- Фторирование твердых тканей зубов: простое и/или глубокое, с применением фторидсодержащего средства.
- Местное применение средств для снижения повышенной чувствительности зубов (десенситайзеров).

Иное вмешательство:

3. Цель, сущность и условия проведения

Мне разъяснено, что целью вмешательств является удаление зубных отложений и пигментированного налета, создание условий для эффективной индивидуальной гигиены, профилактика стоматологических заболеваний, снижение риска деминерализации и кариеса, укрепление твердых тканей зубов и/или уменьшение их чувствительности. Конкретные методы, средства и последовательность определяет медицинский работник с учетом возраста, состояния зубов, десен, реставраций, ортопедических, ортодонтических конструкций и имплантатов.

Предполагаемый результат: очищение доступных поверхностей зубов и конструкций в клинически возможном объеме, более гладкая поверхность, уменьшение количества налета и выраженности воспаления десен, нанесение защитного/профилактического средства. Профессиональная гигиена не является отбеливанием и не изменяет собственный цвет эмали; после удаления

пигментированного налета зубы могут визуально стать светлее. Процедуры не устраняют уже сформированную кариозную полость, заболевание пародонта или иное заболевание, требующее отдельного лечения.

4. Возможные варианты и последствия отказа

Мне разъяснены применимые в моей ситуации варианты: проведение процедуры одним или несколькими методами; исключение отдельного метода или препарата при наличии противопоказаний; выполнение поэтапно; предварительное лечение воспаления/повышенной чувствительности; перенос процедуры; индивидуальная домашняя гигиена как обязательное дополнение, но не полноценная замена удалению минерализованных зубных отложений. При отказе или несвоевременном проведении возможно сохранение и накопление налета и зубного камня, воспаление и кровоточивость десен, неприятный запах, деминерализация и кариес, прогрессирование заболеваний пародонта и ухудшение состояния зубов, реставраций, конструкций и имплантатов.

5. Риски и возможные осложнения

Общие реакции: дискомфорт или болезненность во время процедуры; кратковременная или более продолжительная чувствительность зубов к температурным, химическим и механическим раздражителям; болезненность, раздражение, небольшое повреждение или кровоточивость десен и слизистой; рвотный рефлекс, кашель, попадание небольшого количества воды, порошка или препарата в рот и его случайное проглатывание; индивидуальная или аллергическая реакция на применяемые препараты и материалы.

После удаления зубных отложений: могут стать заметнее межзубные промежутки, рецессия десны, оголение корней и подвижность зубов, обусловленные исходным состоянием тканей пародонта; возможно временное усиление кровоточивости или чувствительности. Удаление отложений не является причиной утраты здоровых тканей пародонта, но может сделать ранее существовавшие изменения более заметными.

При инструментальной и воздушно-абразивной обработке: возможны неприятный вкус порошка, раздражение губ и слизистой, временная сухость; неполное удаление глубоко расположенных или труднодоступных отложений и необходимость повторного/поэтапного вмешательства; изменение блеска или поверхности отдельных реставраций; повреждение либо расфиксация ранее нарушенной, изношенной или недостаточно прочно фиксированной реставрации, ортопедической или ортодонтической конструкции.

При реминерализации, фторировании и снижении чувствительности: возможны кратковременное изменение вкусовых ощущений, ощущение пленки, временное изменение внешнего вида поверхности зубов или реставраций, раздражение слизистой, тошнота или рвота при проглатывании препарата, индивидуальная/аллергическая реакция. Эффект зависит от исходного состояния тканей, регулярности процедур и соблюдения домашней гигиены и не исключает развитие кариеса.

6. 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.

7. Необходимость привлечения смежных специалистов

Во время лечения может возникнуть необходимость привлечения смежных специалистов (оториноларинголог, логопед, остеопат, невролог, психиатр и т.д.)

8. Мои подтверждения и решение

Я сообщил(а) медицинскому работнику достоверные сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, беременности, аллергических и иных реакциях, принимаемых препаратах, бронхиальной астме и других заболеваниях органов дыхания, наличии кардиостимулятора или иного имплантированного электронного устройства, а также об имеющихся имплантатах, реставрациях и стоматологических конструкциях. Я понимаю, что неполные сведения могут повлиять на выбор метода и безопасность вмешательства.

При необходимости местного обезболивания - информация о его методе, рисках и альтернативах предоставляется дополнительно. Мне разъяснена необходимость соблюдать индивидуальные рекомендации после процедуры, включая ограничения по приему пищи, напитков и чистке зубов в течение времени, указанного медицинским работником с учетом примененного препарата.

Я понимаю, что результат зависит от исходного состояния полости рта, индивидуальных биологических особенностей, выбранного метода, регулярности профессионального наблюдения и

соблюдения рекомендаций; конкретный биологический и эстетический результат не может быть гарантирован.

Я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения на любом этапе. Мне разъяснено, что при отказе будут указаны возможные последствия, а отказ оформляется в медицинской документации в установленном порядке.

Я ознакомился (ознакомилась) с содержанием настоящего ИДС до начала вмешательства, получил(а) понятные ответы на вопросы и подтверждаю, что решение принято добровольно.

9. Подписи

Потребитель (Пациент)/законный представитель:

✓ _____

Медицинский работник (ФИО):

Дата оформления: