Информированное добровольное согласие на проведение профессиональной гигиены полости рта

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20
Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я, (ФИО)_____, являясь законным представителем несовершеннолетнего _____
_____ года рождения, добровольно даю согласие на проведение гигиенистом стоматологическим ООО «Томур» (**URING REGENERATION CLINIC)** моему ребенку профессиональной гигиены полости рта.

1. **Мне разъяснено**, что данный документ содержит для меня информацию о сути предстоящего медицинского вмешательства, его особенностях, возможных альтернативных вариантах, последствиях и рисках развития осложнений или неполучения полезного результата с целью предоставления возможности мне сделать свой информированный выбор.

2. **Цель медицинского вмешательства.** Профессиональная гигиена рта включает удаление с поверхности зуба мягких и твердых зубных отложений, что способствует предотвращению развития воспалительных заболеваний пародонта, кариозного поражения зубов.

3. **Сущность медицинского вмешательства.**

Этапы профессиональной гигиены:
— обучение пациента (законного представителя) индивидуальной гигиене рта;
— контролируемая чистка зубов;
— удаление зубных отложений;
— полирование поверхностей зубов;
— устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета;
— аппликации реминерализирующих и фторсодержащих средств;
— мотивация пациента к профилактике и лечению стоматологических заболеваний.

При удалении зубных отложений (зубной камень, мягкий зубной налет) проводится обработка полости рта раствором антисептика, при выраженной гиперестезии зубов (повышенной чувствительности) и отсутствии общих противопоказаний удаление зубных отложений проводится под местным обезболиванием.

Для удаления налета и полирования поверхностей зубов используют резиновые колпачки, для жевательных поверхностей - вращающиеся щеточки, для контактных поверхностей - вращающиеся ершики, резиновые конусы, суперфлоссы, флоссы и абразивные штрипсы.

Периодичность проведения профессиональной гигиены полости рта и зубов зависит от стоматологического статуса пациента (гигиенического состояния полости рта, интенсивности кариеса зубов, состояния тканей пародонта, наличия несъемной ортодонтической аппаратуры). Периодичность проведения профессиональной гигиены определяется врачом и может проходить 2 - 4 раза в год.

4**. Альтернативные методы лечения**. Относительной альтернативой профессиональной гигиене полости рта является соблюдение надлежащей гигиены силами самого пациента.

5. **Возможные осложнения и риски.**

Профессиональная гигиена полости рта является вмешательством и поэтому даже при соблюдении всех мер заботливости и осмотрительности возможны следующие осложнения (реализация рисков):

- ощущение дискомфорта во время и после процедуры, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты, если сочтет это нужным;
- развитие кровоточивости, воспаления в области десны;
- микроповреждение эмали зуба;
- редко, но всё же встречается такое осложнение как воздушная эмфизема – проникновение воздуха в мягкие ткани;
- существует вероятность индивидуальной непереносимости и(или) реакции организма на медикаментозные препараты и материалы.

6**. Дополнительные особенности процедуры:**

Лечение, как правило, занимает одно посещение. Даже при успешном завершении профессиональной гигиены нельзя дать гарантии, что зубы не подвергнутся кариозному разрушению, а также обострению хронического процесса в будущем, поскольку воспалительные процессы в тканях зуба и окружающих тканях зависят не только от видимой чистоты поверхности зубов (наличия зубных отложений).

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при применении антисептических препаратов. Я информирую врача обо всех случаях аллергии к лекарственным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время у моего ребенка.

Мне разъяснено, что в ходе выполнения данного медицинского вмешательства, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий. Я доверяю медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с проведением данного вмешательства и последующего периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я даю согласие на осуществление данного вида медицинского вмешательства моему ребенку.

Дата	Объем профессиональной гигиены	Ф.И.О. и подпись врача	Подпись пациента (законного представителя)