**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

 **на проведение процедуры отбеливания зубов**

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

|  |  |
| --- | --- |
| Я | Маркеры-галочки |

(ФИО пациента, либо законного представителя), соглашаюсь с тем, что процедуру отбеливания зубов пациенту\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительном падеже) будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и другие врачи ООО «ОРТОДОНТИКС ГРУПП».

 Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о предстоящей процедуре отбеливания зубов, которое представляет собой химический процесс осветления материалов, медленно трансформирующий ткани зуба в промежуточные продукты, которые окрашены светлее, чем оригинал. Активным компонентом отбеливающих зубы препаратов является перекись водорода. Отбеливание проводится с целью осветления зубов и улучшения эстетики и не является лечением. Отбеливание является сложной химической процедурой, успех которой зависит от индивидуальных анатомических, физиологических и других особенностей моего организма, от которых также могут зависеть и возможные общие и местные осложнения. Альтернативой отбеливанию можно считать использование виниров или люминиров, а также других материалов, улучшающих эстетику, в ряде случаев возможно проведение реставрации зубов, либо протезирование с соответствующей предварительной подготовкой в виде терапевтического и/или хирургического лечения и другие методы.

В зависимости от состояния зубов и дёсен пациента врач назначает индивидуально вид и схему отбеливания зубов. Степень отбеливания зубов невозможно спрогнозировать заранее в силу медицинской специфики данной процедуры.

Абсолютными противопоказаниями для проведения отбеливания зубов являются: возраст до 18 лет, беременность, кормление грудью, аллергические реакции на перекись водорода.

Перед проведением процедуры отбеливания необходимо провести профессиональную гигиеническую чистку зубов и снятие зубных отложений (т.к. это непосредственно влияет на процесс отбеливания зубов), а также провести терапевтическое лечение при наличии показаний, чтобы закрыть пломбировочным материалом кариозные полости и открытые каналы зубов.

При проведении отбеливания зубов возможно появление чувствительности зубов и воспаления дёсен. Даже при проведении тщательного предварительного терапевтического лечения после процедуры отбеливания возможно возникновение чувствительности одного или нескольких зубов, в случае если у этого зуба (зубов) имеется дефект, который невозможно определить визуально и/или с использованием диагностических методов. При проведении отбеливания зубов с удаленным нервом (стенки которых истончены и ослаблены) необходимо дополнительно вводить отбеливающее вещество внутрь зуба, что может привести к появлению трещин или даже переломов стенок зуба. Тем не менее химические вещества в процессе отбеливания не наносят вред тканям и не повреждают зубы, т.к. все отбеливающие системы и аппараты, разрешённые к использованию в Российской Федерации, прошли доклинические и клинические испытания и имеют необходимые документы.

При нарушении пациентом рекомендованной врачом схемы отбеливания зубов, а также попытках провести процедуру самостоятельно, возможно возникновение необратимых изменений в структуре зубов. В этом случае, а также в случае, когда у пациента появляются интенсивные, не проходящие жалобы со стороны зубов или дёсен в процессе отбеливания зубов, врач вынужден прекратить проведение процедуры отбеливания, даже если не достигнут желаемый для пациента результат.

**Важно:** Врач не может гарантировать достижения стопроцентного совпадения цвета зубов после проведения процедуры отбеливания с ожиданиями пациента. В результате проведения процедуры отбеливания возможно окрашивание десны в белый цвет. Также возможно появление пятнистости зубов. Также я понимаю, что все инородные материалы в полости рта (пломбы, коронки, накладки) не отбеливаются, в связи с чем может потребоваться их замена после окончания процедуры отбеливания зубов, что может повлечь дополнительные расходы и затраты времени. Любые продукты, фрукты, ягоды, напитки, химические и лекарственные препараты, содержащие красители, а также курение могут помешать процессу отбеливания зубов или вызвать быстрый возврат цвета после проведенного отбеливания зубов. Длительность сохранения эффекта отбеливания зубов зависит от индивидуальных особенностей и образа жизни, в дальнейшем возможно повторение курсов отбеливания. Для поддержания эффекта отбеливания зубов необходимо прекратить и хотя бы ограничить курение и употребление пищевых красителей, по рекомендации врача проводить краткие повторные курсы домашнего отбеливания (один раз в 3-6 месяцев или реже) в строгом соответствии с рекомендациями, пользоваться специальными отбеливающими зубными пастами.

При попадании отбеливающего геля на кожу или в глаза необходимо срочно смыть гель проточной водой. В случае, если произошло заглатывание отбеливающего геля, возможно появление легких диспептических явлений.

При проведении отбеливания в ряде случаев возможно применение анестезии. Возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, последующее затруднённое открывание рта, аллергические реакции.

При интенсивных болевых реакциях или воспалительных процессах на корнях зубов или в дёснах возможно назначение анальгетиков и/или антибиотиков. Возможные последствия приема анальгетиков и/или антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

 Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно:

невозможно предсказать, будет ли достигнут желаемый результат, невозможно определить гарантийные сроки по причине медицинской специфики процедуры отбеливания, исходного цвета зубов, клинической картины и различных особенностей организма.

 Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе отбеливания, сроки проведения процедуры, стоимость отбеливания одного зуба и всей процедуры, включая предварительную подготовку.

При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно прогнозировать заранее.

 Мне сообщено и понятно, что необходимым условием эффективного лечения является выполнение компьютерной томографии, в случае несоблюдения мною рекомендации по проведению КТ до лечения я лишаю врачей возможности постановки правильного диагноза и выбора оптимальной тактики моего лечения.

**Необходимые условия для достижения положительного результата лечения:**

- точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача,

- последовательное выполнение пациентом **всех рекомендаций, а также этапов и сроков** стоматологического лечения, рекомендованных врачом.

 Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю врачу-стоматологу.

 Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

 Я доверяю лечащему врачу и медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

 Мне сообщено и понятно, что необходимым условием эффективного лечения является выполнение компьютерной томографии, в случае несоблюдения мною рекомендации по проведению КТ до лечения я лишаю врачей возможности постановки правильного диагноза и выбора оптимальной тактики моего лечения.

 Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения.

 *Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют.*

*Совместно с лечащим врачом мы установили, что цвет моих зубов по расцветке \_\_\_\_\_\_ до проведения процедуры отбеливания соответствует*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я понимаю, что после проведения процедуры цвет моих зубов измениться предположительно на 1 тон.

Дополнительно:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Вариант 1.**

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись пациента, либо законного представителя)



Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО пациента, либо законного представителя) «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

**Вариант 2.**

 Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись пациента, либо законного представителя)

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО пациента, либо законного представителя) «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.