

Общество с ограниченной ответственностью «ДЕНТА ЛИГА»

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства профессиональная гигиена полости рта

Я, нижеподписавшийся(аяся), _____
(фамилия, имя, отчество гражданина, одного из родителей ребенка до 15 лет, иного законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на предложенное мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(фамилия, имя, отчество ребенка (до 15 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство профессиональную гигиену полости рта

(наименование вида медицинского вмешательства)

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

1. Я добровольно обращаюсь за медицинской помощью в ООО «ДЕНТА ЛИГА».
2. Я соглашусь с тем, что проведение профессиональной гигиены полости рта будет проводить врач-стоматолог (зубной врач):

В исключительных случаях (например, болезнь врача) ООО «ДЕНТА ЛИГА» может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

3. Заболевания десен – следствие плохой гигиены полости рта. При нерегулярной чистке полости рта на зубах скапливается зубной налет, который, минерализуясь, разрастается и превращается в зубной камень. Зубной камень откладывается на поверхности зубов в наддесневой и поддесневой зоне, где самостоятельно вычистить его невозможно. Бактерии зубного камня выделяют токсины, которые ослабляют зубодесневые волокна, поддерживающие зуб. Между зубом и десной образуется пародонтальный карман, в котором задерживается еще большее количество бактерий. Вследствие протекающих процессов начинается разрушение костной ткани, подвижность и выпадение зубов. Самые распространенные заболевания десен – это гингивит, пародонтит и пародонтоз.

4. Пародонтологическое лечение имеет своей целью устранение очагов инфекции в полости рта с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма. В ходе лечения могут быть использованы консервативные методы (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, закрытый кюретаж зубодесневых карманов), хирургические методы (открытый кюретаж зубодесневых карманов – лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны), ортодонтические и ортопедические методы (шинирование, протезирование)

5. Альтернативой данного лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отказ от лечения как такового. Хотя пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

6. Я проинформирован(а), что профессиональная гигиена полости рта является неотъемлемой частью курса лечения заболевания пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие осложнений.

7. Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях и методах профессиональной гигиены. Объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

8. Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

9. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от процедуры могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, развитие кариеса зубов и его осложнений появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов), а также системные проявления заболевания.

10. Решения о проведении профессиональной гигиены полости рта принимает пациент или его законный представитель. Пациент (законный представитель) может отказаться от проведения лечения.

11. Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства: дискомфорт, повышенная чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям; во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука или Air-flow высока вероятность выпадения пломб с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов.

12. Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

13. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

14. 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 лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

15. Я проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

16. Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

17. Я даю согласие на опрос, в том числе выявление жалоб; сбор анамнеза; осмотр.

18. Местная инъекционная анестезия проводится с целью обезболивания для осуществления медицинских манипуляций, предусматривает одну или несколько инъекций и приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности. Время действия может быть от 15 минут до нескольких часов.

19. Я информирован(а) об основных преимуществах, осложнениях и риске инъекционной анестезии. Осложнения обусловлены введением в ткани организма анестетика и реакцией на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергические реакции, обморок, коллапс, анафилактический шок). Травме мягких тканей, гематомы, отека десны в области инъекции, тризму (ограниченное открывание рта), травме нервных окончаний и сосудов, потерей чувствительности, невритами, невралгиями, продолжающихся в течение нескольких дней или дольше. Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я знаю, что в некоторых случаях медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения.

В случае если у меня ранее случались аллергические реакции на медикаментозные препараты, я обязуюсь предоставить аллергологический тест на препараты для анестезии. Если я умолчал (а) о наличии у меня каких-либо аллергических реакций, я беру на себя полную ответственность в случае осложнений от проведения анестезии. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

20. Я проинформирован (а) о местной инъекционной анестезии и даю согласие на ее проведение.

21. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

22. Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на проведение профессиональной гигиены полости рта мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Я принимаю решение осуществить профессиональную гигиену полости рта на предложенных мне условиях.

Пациент _____ (_____) « ____ » _____ 202 г.

Врач _____ (_____) « ____ » _____ 202 г.

В случае отказа от рекомендованного медицинского лечения

Я, _____, отказываюсь от рекомендованного мне стоматологического лечения

Врач рекомендует мне проведение профессиональной гигиены полости рта.

Рекомендованное лечение должно быть осуществлено в определённые сроки и с определённой последовательностью.

Врач подробно информировал меня о характере и целях рекомендованного лечения, мне разъяснены возможные отрицательные последствия отказа от профессиональной гигиены полости рта.

Я осознаю, что выбор мною неоптимального плана лечения и этапности стоматологического лечения отрицательно повлияют на итоговый результат лечения и их отдалённый прогноз.

Я подтверждаю, что имею возможность обсудить с моим лечащим врачом интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с моим лечением и отказом от него.

Пациент _____ (_____) « ____ » _____ 202 г.

Врач _____ (_____) « ____ » _____ 202 г.