**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

**Отбеливание зубов в ООО Стоматологический салон «Консул»**

Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований: ст. 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункта 14, 28 Постановления Правительства РФ от 04.10.20122 № 1006  ["Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_136209/); ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Приказа Минздрава РФ от 12.11.2021 № 1051Н “Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства”

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество пациента)

обращаюсь в клинику для проведения манипуляций по отбелива­нию зубов (придания цвета эмали зубов более светлого оттенка).

Я понимаю, что отбеливание является не медицинской, а косметической процедурой, не содержит в себе никакого лечебного эффекта, не ведет к улучшению состояния здоровья зубов и полости рта, не имеет медицинских показаний к применению и выполняется по желанию пациента при отсутствии противопоказаний. Я проинформирован, что непосредственно перед проведением отбеливания зубов обязательно нужно провести профессиональную гигиену зубов у стоматолога за отдельную плату.

Я выбираю следующий метод отбеливания: клиническое, домашнее, смешанное (*подчеркнуть*).

Я получил(а) подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и соглашаюсь с тем, что при про­ведении лечебных манипуляций по отбеливанию зубов существует определенная степень риска развития осложнений и отсутствия эффекта от услуги:

* после проведения сеансов отбеливания есть риск не достигнуть необходимого результата, то есть отбеливающий эффект будет незначительным или может отсутствовать полностью. Отсутствие эффекта от отбеливания не освобождает пациента от оплаты, поскольку услуга оказана согласно медицинскому протоколу, а подобный результат относится к непрогнозируемым индивидуальным особенностям организма пациента.
* достигнутый результат может очень быстро исчезнуть, то есть зубы могут снова вернуться к первоначальному цвету
* возможно повышение чувствительности зубов в течение первых дней после отбеливания, то есть появится бо­лезненность при действии горячего, холодного, кислого, сладкого. Эти ощущения обычно проходят в тече­ние нескольких дней.
* возможно появление болезненности в области десневого края, а также видимые незначитель­ные его изменения и повреждения: шероховатость, покраснение, побледнение, рецессия десны.
* после отбеливания возможен риск возникновения значительного цветового различия между соб­ственными тканями зуба и пломбами, а также протезами, которые имеются в полости рта. Это происходит в силу того, что отбеливающие системы не оказывают какого-либо воздействия на пломбировочные материалы и зубные протезы. Я уведомлен, что искусственные конструкции в полости рта после проведения отбеливания для соответствия их цвета цвету отбеленных зубов возможно при­дётся переделать для уменьшения цветовых различий, что повлечет дополнительные финансовые расходы.

Я осведомлен(а) об альтернативных методах лечения, направленных на осветление зубов: изготовление прямых композитных реставраций, изготовление непрямых композитных керамических реставраций, протезирования зубов.

Я уведомлен, что отбеливание не проводится лицам до 18 лет, а также при проведении ортодонтического лече­ния.

Я понимаю, что для достижения желаемого результата процедура клинического отбеливания зубов может быть выполнена в один-два визита или больше посещений, в зависимости от индивидуальных особенностей моих зубов. Каждое посещение будет занимать от часа до полутора часов.

Меня проинформировали о том, что при проведении клинического отбеливания более чем в одно посеще­ние, перерыв между процедурами может составлять от одной до двух недель. При большем сроке результаты могут быть менее значительными, т.е. эффективность процедуры будет потеряна.

Меня предупредили, что в случае изначальной повышенной чувствительности зубов необходимо проведение процедуры по снижению чувствительности до и после отбеливания.

Я знаю, что при курении и употреблении продуктов, содержащих красящие вещества (в том числе чай и кофе), а также при недостаточном соблюдении гигиены полости рта, возрастает риск потемнения зубов. Поэтому, начиная лечебные манипуляции по отбеливанию, я понимаю необходимость исключить красящие продукты и привычки для сохранения результата и обязуюсь не реже одного раза в полгода приходить на прием к врачу для прохождения контрольного осмотра.

Я предупрежден(а), что после проведения отбеливания в 70 - 90% случаев в течение 2-х недель происходит потемнение зубов примерно на 0,5 - 1тон. По данным зарубежных и российских стоматологов, отбеленные зубы мо­гут сохранять достигнутый цвет в течение 6 месяцев - 5 лет.

Я знаю, что результат отбеливания, даже при соблюдении всех правил, предсказать очень трудно, поэтому я соглашаюсь на отбеливание зубов даже если в моем случае минимальным результатом отбеливания зубов будет сохранение цвета неизменным без осветления.

Я осведомлен(а) об основных правилах при проведении процедуры отбеливания домашнего и клинического отбеливания и обязуюсь их со­блюдать в течение всего периода проведения процедуры:

1. не употреблять фрукты (особенно цитрусовые), а также фруктовые соки и газированные напитки, поскольку это может стать причиной повышенной чувствительности;
2. не употреблять в течение 2х недель с момента окончания последней процедуры отбеливания кофе, крепкого черного чая, красного вина, и иных красящих продуктов, а также не курить, чтобы предотвратить вероятность ухудшения результатов услуги отбеливания;
3. также я обязуюсь немедленно проинформировать моего лечащего врача обо всех неприятных ощуще­ниях, возникающих при проведении процедур отбеливания.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекар­ственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболе­ваниях. Я понимаю, что на препараты для отбеливания также возможны аллергические реакции, которые заранее предусмотреть нельзя.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат отбеливания. Я понимаю, что ожидаемый мной результат не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответст­вующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответст­вующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость контроля качества проведенной процедуры и обязуюсь приходить на контроль­ные осмотры в назначенное время.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие от­веты и разъяснения на них. Я понял значение системы нумерации зубов, всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предос­тавлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг лицам, оплачивающим мое лечение.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью ме­дицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения манипуля­ций по отбеливанию моих зубов на предложенных условиях.

Подпись пациента: /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись пациента) (ФИО полностью)

Врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

(подпись врача) (ФИО врача)

ПАМЯТКА ПО УХОДУ ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ ОТБЕЛИВАНИЯ

ВЫДАНА НА РУКИ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись пациента

Данное Информированное Добровольное Согласие является неотъемлемой частью медицинской карты