**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

**Профессиональная гигиена зубов в ООО ЦЭМ «Консул СТ»**

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 {Родитель}

(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

|  |
| --- |
| *Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:*  Я, {Родитель}  являюсь законным представителем *(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)* ребенка или лица, признанного недееспособным: {ФамилияИмяОтчество}, {ГодРождения}  Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения |

проинформирован(а) моим лечащим врачом о поставленном диагнозе и необходимости лечения зубов в соответствии с Предварительным планом лечения.

Комплекс профессиональной гигиены зубов– это серияманипуляций по профессиональной гигиене зубов, которая включает в себя удаление зубных отложений методом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, шлифовку и полировку зубов, наложение лечебной пасты (фторирование, реминерализацию).

Мне были даны подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и альтернативных методах лечения, направленных на гигиену зубов и десен. Меня предупредили, что в случае чувствительности зубов и десен необходимо проведение обезболивания до проведения процедур.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Я соглашаюсь с тем, что при проведении лечебных манипуляций возможны дискомфортные ощущения во рту и болезненность самих процедур, небольшая кровоточивость, вызванные исходным состоянием десен.

Я соглашаюсь с тем, что после процедур возможно возникновение следующих явлений, которые проходят самостоятельно в срок от нескольких часов до нескольких дней:

* повышенная чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям;
* отек (припухлость) и кровоточивость десны и мягких тканей;
* растрескивание уголков рта вследствие их натяжения во время манипуляций.

Я соглашаюсь с тем, что во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука или аппарата Air-Flow существует вероятность выпадения дефектных пломб (с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов), появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба, что потребует соответствующего лечения.

Я понимаю, что профессиональную гигиену необходимо выполнять два раза в год, при этом самостоятельно чистить зубы не менее двух раз в день.

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

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента и договора на оказание платных стоматологических услуг, понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / {Родитель}

(подпись пациента, родителя или закон.представителя) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество} {ТекущаяДатаПолная} г.

(подпись врача) (расшифровка подписи) (дата)

Данное Информированное Добровольное Согласие является неотъемлемой частью медицинской карты

ПАМЯТКА ПО УХОДУ ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА ПОСЛЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ГИГИЕНЫ ВЫДАНА НА РУКИ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_