

**Информированное добровольное согласие на медицинское(-ие) вмешательство(-а) –  
обучение гигиене полости рта и/или контролируруемую чистку зубов,  
и/или профессиональную гигиену полости рта и зубов  
(основание: статья 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)**

Я, \_\_\_\_\_,

«\_\_» \_\_\_\_\_ г. р., проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (орган, выдавший паспорт, и дата выдачи)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – нужное подчеркнуть) ребёнка или лица, признанного недееспособным:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребёнка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на предложенное(-ые) мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинское(-ие) вмешательство(-а): обучение гигиене полости рта и/или контролируруемую чистку зубов, и/или профессиональную гигиену полости рта и зубов.

**Медицинский работник** \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

после выполненной диагностики обосновал необходимость проведения обучения гигиене полости рта и/или контролируемой чистки зубов, и/или профессиональной гигиены полости рта и зубов.

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемым(и) медицинским(и) вмешательством (вмешательствами) и, в соответствии со своей волей, мог(ла) либо отказаться от них, либо дать своё согласие на проведение данных медицинских вмешательств.

Я информирован(а), что проведение обучения гигиене полости рта и контролируемой чистки зубов, и профессиональной гигиены полости рта и зубов является обязательным условием при лечении: кариеса зубов, болезней пульпы зуба, болезней периапикальных тканей, гингивита, пародонтита, полного отсутствия зубов, частичного отсутствия зубов и т. д. Я информирован(а), что клинические рекомендации (протоколы лечения) при заболеваниях полости рта, утверждённые Решением Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России», регламентируют проведение обучения гигиене полости рта и контролируемой чистки зубов, и профессиональной гигиены полости рта и зубов в качестве обязательного условия любого планового стоматологического вмешательства, а также в качестве неотъемлемой части курса лечения заболеваний пародонта и профилактической процедуры, предотвращающей развитие кариеса.

**Последствиями отказа от обучения гигиене полости рта и/или контролируемой чистки зубов, и/или профессиональной гигиены полости рта и зубов могут быть: прогрессирование основного(-ых) стоматологического(-их) заболевания(-ий), ухудшение гигиенического состояния полости рта, снижение качества предоставляемой медицинской помощи стоматологического профиля, отсутствие положительного эффекта от проводимого лечения и реабилитации основного(-ых) стоматологического(-их) заболевания(-ий), развитие осложнений и т.д.**

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами медицинского вмешательства (медицинских вмешательств), которое(-ые) в моем случае будет(-ут) иметь меньший клинический успех.

**Альтернативными вариантами медицинского вмешательства (медицинских вмешательств) является(-ются): отказ от обучения гигиене полости рта и/или контролируемой чистки зубов, и/или профессиональной гигиены полости рта и зубов.**

Я информирован(а) о принципах, целях и методах оказания медицинской помощи, а именно обучения гигиене полости рта и/или контролируемой чистки зубов, и/или профессиональной гигиены полости рта и зубов, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: обеспечение надлежащей гигиены полости рта с целью предупреждения развития кариозного процесса, выработка у пациента навыков ухода за полостью рта (чистки зубов) для максимально эффективного удаления мягкого зубного налёта с поверхностей зубов, контроль эффективности чистки зубов пациентом, коррекция недостатков техники чистки зубов, удаление с поверхности зуба(-ов) над- и поддесневых зубных отложений, что позволяет предотвратить развитие кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта.

Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. полностью)

**Я информирован(а) о возможных рисках и осложнениях обучения гигиене полости рта и/или контролируемой чистки зубов, и/или профессиональной гигиены полости рта и зубов, а именно о том, что в 10% случаев возможно развитие ятрогенных осложнений таких как:**

- незначительные травмы слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта;
- возникновение (проявление) дефектов композитных реставраций (пломб) зубов;
- возникновение (проявление) дефектов ортопедических конструкций (зубных протезов);
- возникновение (проявление) дефектов дентальных имплантатов;
- развитие аллергических реакций на применяемые лекарственные препараты и компоненты медицинских изделий и т. д.

Я информирован(а) о том, что после удаления зубных отложений возможно временное появление повышенной чувствительности зубов, кровоточивости дёсен, дискомфорта во время приёма пищи. Я информирован(а) о том, что в результате очистки зубов от зубного камня могут проявиться скрытые под ним дефекты эмали, а именно пористость, шероховатость, пятна, кариес и т. д. Я информирован(а) о том, что в результате очистки зубов от зубного камня станут более видимыми промежутки между зубами, ранее скрытые зубным камнем, особенно в пришеечной области вследствие нормальной трапецевидной формы зубов.

Я информирован(а) о невозможности причинения вреда эмали зубов (возникновения кариеса и дефектов эмали) при удалении мягких зубных отложений (мягкого зубного налёта) и плотного пигментированного налёта с помощью воздушно-абразивных систем. Я информирован(а) о невозможности причинения вреда эмали зубов (возникновения кариеса и дефектов эмали) при механическом удалении твёрдых (минерализованных) назубных (над- и поддесневых) зубных отложений (зубного камня) с помощью ультразвуковой пьезоэлектрической аппаратуры.

В случае проведения обезболивания выбор анестезиологического пособия и анестетика я доверяю медицинскому работнику, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые лекарственные препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т. д.) о применяемой анестезии.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций медицинского работника.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) медицинского работника обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма (организма лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе аллергического характера, о наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов и/или использования медицинских изделий.

Я предоставил(а) медицинскому работнику точную историю моего физического и психического здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь). Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от медицинского работника указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля, динамического наблюдения и визитов в указанные сроки.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительных медицинских вмешательств, в том числе в экстренной форме, я даю согласие на оказание медицинских услуг (медицинской помощи) в том объёме, который определит медицинский работник.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные медицинские процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи стоматологического профиля любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

**Я информирован(а) о предполагаемых результатах обучения гигиене полости рта и/или контролируемой чистки зубов, и/или профессиональной гигиены полости рта и зубов, а именно: изменение состояния моего здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь), осуществлённое путём профилактики и/или диагностики, и/или лечения, и/или медицинской реабилитации имеющегося(-ихся) у меня (у лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания(-ний) и/или состояния(-ний).**

Я согласен(-на) на проведение медицинской фото- и видеосъёмки при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных. Я согласен(-на) и разрешаю медицинскому работнику, в случае необходимости, опубликовать информацию о моём лечении (лечении лица, законным представителем которого я являюсь) в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению (лечению лица, законным представителем которого я являюсь).

Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. полностью)

**ИДС на профессиональную гигиену**

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечёт за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от предложенного лечения, либо дать на него своё согласие.

Я информирован(а), что настоящий документ составлен на 3-х страницах и хранится в моей медицинской документации (медицинской документации лица, законным представителем которого я являюсь).

Дата оформления информированного добровольного согласия: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Пациент (законный представитель): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)(расшифровка)

Медицинский работник: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка)

**Я даю информированное добровольное согласие по форме и содержанию, подписанного мною ранее, а именно « \_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г., на предложенное(-ые) мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинское(-ие) вмешательство(-а): обучение гигиене полости рта и/или контролируруемую чистку зубов, и/или профессиональную гигиену полости рта и зубов.**

Дата подписания	Диагноз (МКБ-10)	Ф.И.О. полностью, должность и подпись медицинского работника	Ф.И.О. и подпись пациента (законного представителя)

Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. полностью)