

**МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР  
ТОВ «МЕРЕЖА ЕСТЕТИЧНИХ КЛІНІК  
«АКУЛА»»**

Медична карта №

## **Інформована згода на проведення професійної гігієни порожнини рота**

Я, \_\_\_\_\_  
цим підтверджую факт надання усвідомленої згоди на проведення професійної гігієни порожнини рота.

**Діагноз** (заповнюється лікарем): \_\_\_\_\_

Лікування буде проводити **лікар-стоматолог /гігієніст зубний** \_\_\_\_\_

У мене немає недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації та намірів лікуючого лікаря.

Своїм підписом я підтверджую, що до початку процедури мені у повністю зрозумілому та доступному вигляді була надана інформація стосовно стану здоров'я моїх зубів та ротової порожнини, поставленого діагнозу, можливого прогнозу, найбільш ефективних методів лікування, а також ризиків і ускладнень запланованих медичних втручань.

Я повністю зрозумів (ла) мету та характер процедури, її лікувальний ефект. Я мав (ла) можливість поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні, зрозумілі для мене відповіді.

**Лікар пояснив мені суть процедури та повідомив про наступне:**

1. Професійна гігієна порожнини рота є невід'ємною частиною курсу лікування захворювання пародонту і профілактичною процедурою, що запобігає розвитку карієсу.
2. Систематична ретельна гігієна порожнини рота впливає на стан зубів, ясен, строки служби пломб, коронок, мостоподібних конструкцій, зубних протезів, а також на організм в цілому. Регулярні візити до лікаря-стоматолога для підтримки результатів лікування, видалення зубного каменя або бактеріального нальоту та контролю гігієни необхідно проводити:
  - 1 раз на 6 місяців - пацієнтам, які не мають захворювань тканин пародонта;
  - 1 раз на 3 місяці (в середньому) - для пацієнтів з пародонтитом;
  - кожні 3-4 місяці - пацієнтам, які лікуються за допомогою ортодонтичних конструкцій.
3. Кратність візитів підбирається лікарем індивідуально для кожного пацієнта і залежить від наявної патології, її тяжкості та від загального стану організму.
4. Можливі негативні наслідки часткової чи повної відмови від проведення професійної гігієни:
  - розвиток і загострення наявних захворювань пародонту;
  - збільшення кількості зубних відкладень і пігментованого нальоту;
  - розвиток карієсу зубів і його ускладнень і пов'язана з цим втрата зубів.
5. Альтернативним варіантом лікування є відмова від проведення професійної гігієни.
6. Можливі ускладнення під час та після лікування:
  - в процесі лікування: дискомфорт, біль, набряк (припухлість) ясна і м'яких тканин; кровотеча, утворення гематоми, після чого для одужання може знадобитися кілька днів; натяг куточків рота з подальшим їх розтріскуванням;
  - під час проведення професійної гігієни за допомогою ультразвуку або Air-flow висока ймовірність випадання пломб з порушенням крайового прилягання в пришийковій ділянці зубів; дефектних пломб; поява або посилення рухливості зубів, оголення кореня зуба;
  - після лікування: підвищена чутливість зубів до хімічних і термічних подразників; больові відчуття в яснах, поява або посилення рухливості зубів, оголення кореня зуба.

**Мені в доступній формі роз'ясненні та зі мною узгоджені:**

1. Індивідуальний рекомендований план лікування.
2. Технології (методи) і матеріали, які будуть використані в процесі проведення процедури.
3. Необхідність і частота проведення професійної гігієни порожнини рота відповідно до індивідуального плану профілактичних заходів, рекомендованих лікуючим лікарем.
4. Можливість уточнення діагнозу та корекції призначеного плану і технологій залежно від ситуації, що склалася в процесі лікування за рекомендованим мені планом профілактичних заходів. Можуть знадобитися додаткові лікарські процедури, які неможливо достовірно і в повній мірі передбачити заздалегідь.
5. Вартість та строки проведення процедури, що можуть змінюватися в залежності від стану мого здоров'я або через біологічні особливості стану тканин ротової порожнини. Про зміни вартості та строків лікування лікар повідомить мене додатково.

**Я повністю усвідомлюю та погоджуюсь з наступним:**

1. В результаті проведення гігієни порожнини рота можливе освітлення зубів тільки до натурального кольору, тому що ця процедура не відноситься до відбілюючих технологій.
2. На процедуру професійної гігієни порожнини рота неможливе встановлення гарантійних строків з причини специфіки даної процедури та індивідуальних особливостей організму (швидкість утворення м'яких і мінералізованих зубних відкладень, склад мікрофлори порожнини рота, шкідливі звички тощо).
3. Умовою ефективного лікування є виконання мною плану індивідуальних профілактичних заходів, рекомендованих лікарем. При недотриманні мною рекомендацій лікаря в домашніх умовах та / або недотриманні інтервалів контрольних візитів зменшуються або анулюються гарантійні строки та строки служби реставрацій, а Центр звільняється від відповідальності за несприятливий результат процедури.
4. Для ефективного лікування можуть знадобитися: консультація стоматологів іншого профілю; консультація лікарів загального медичного профілю.
5. Медична практика не може абсолютно у всіх випадках гарантувати досягнення цілей втручання в зв'язку зі складністю та індивідуальними особливостями організму людини. Я також розумію, що ефект лікування багато в чому залежить від самого пацієнта, сумлінного виконання ним усіх рекомендацій лікаря, дотримання принципів здорового способу життя.
6. Мені пояснили, що після проведення процедури гігієни порожнини рота у деяких пацієнтів (індивідуальна особливість, особливість харчування, наявність шкідливих звичок) після проведення процедури при недостатній гігієні ротової порожнини можливе утворення зубного нальоту і зубного каменю в більш короткі (в порівнянні з середньостатистичними) строки.
7. Мені здійснено підбір засобів індивідуальної гігієни.
8. При необхідності лікар може поставити мені анестезію. Я обізнаний (на) про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків. Я поінформував (ла) лікаря про всі випадки алергії до медикаментозних препаратів.
9. У випадку виникнення непередбачуваних ситуацій чи ускладнень під час медичних втручань я заздалегідь даю згоду на застосування всіх необхідних можливих заходів з їх усунення.
10. Я маю право відмовитися від процедури на будь-якому етапі її проведення. Мені роз'яснені всі можливі наслідки такої відмови. Я усвідомлюю, що у випадку відмови від завершення процедури лікар не несе відповідальності за подальший стан моїх зубів та порожнини рота.

Я даю згоду на фотографування та/або відеозйомку обличчя та ротової порожнини до, під час та після процедури. Я розумію, що це необхідно для здійснення діагностично-лікувального процесу. Ці матеріали та медична карта є власністю Центру та можуть бути опубліковані в медичній літературі або продемонстровані для медичного навчання без ідентифікації моєї особистості.

Я даю згоду на обробку та внесення до локальної інформаційної системи Центру моїх персональних даних.

Текст цього документу мною прочитано та своїм підписом я повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено. Я розумію, що ця згода є юридичним документом і тягне для мене правові наслідки.