

# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

1. Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований: статей 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункта 14, 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП РФ от 04.10.2012 года № 1006); ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

2. Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом** добровольного информированного **согласия пациента в письменной форме**.

3. Согласно ч. 2 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 в отношении лица, не достигшего возраста 15 лет, согласие на медицинское вмешательство дает один из его родителей либо иной законный представитель.<sup>1</sup>

**Профессиональная гигиена полости рта** – это комплекс мероприятий, проводимых врачом-стоматологом или гигиенистом-стоматологическим, которые направлены на удаление зубных отложений с поверхности коронок и корней зубов с целью предупреждение развития и прогрессирования стоматологических заболеваний.

Во время процедуры с поверхности зубов удаляется зубные отложения, которые невозможно удалить, проводя ежедневную индивидуальную гигиену в домашних условиях: плотный, пигментированный и минерализованный зубной налет.

**Показания к проведению профессиональной гигиены:** профессиональная гигиена рекомендована взрослым и детям в целях профилактики стоматологических заболеваний с учётом индивидуальных рисков развития кариеса и заболеваний пародонта. Регулярное проведение профессиональной гигиены позволяет уменьшить риск проявления таких проблем, как: неприятный запах изо рта, развитие воспалительных процессов, развитие кариеса, воспаление десен, образование пародонтальных карманов, оголение шеек зубов, повышенная чувствительность зубов и десен, подвижность зубов и убыль костной ткани.

Проведение профессиональной гигиены полости рта необходимо перед плановым терапевтическим, хирургическим, ортопедическим, ортодонтическим лечением, а в качестве превентивного мероприятия каждые 6 месяцев (при заболеваниях пародонта и высоком риске развития кариеса – каждые 3 месяца).

**Методики профессиональной гигиены:** профессиональная гигиена полости рта включает в себя осмотр, диагностику, удаление мягкого зубного налета и твердых зубных отложений, полировку поверхностей зубов, противовоспалительную и реминерализующую терапию, обучение пациента гигиеническим навыкам по уходу за полостью рта в домашних условиях и рекомендации по правильному подбору средств и предметов гигиены для домашнего ухода за зубами и деснами.

**I. Контролируемая чистка зубов** - один из этапов лечебно-профилактических мероприятий, которые проводятся в условиях стоматологических клиник и под

руководством врача-стоматолога или гигиениста-стоматологического.

Контролируемая чистка зубов включает в себя:

- Оценку самостоятельного ухода за полостью рта в домашних условиях (с применением индикаторов зубного налета и проведением фотодокументации состояния полости рта)

- Выявление зон риска с точки зрения возникновения/усугубления заболеваний пародонта и возникновения/усугубления кариеса;

- Подбор средств и предметов гигиены для самостоятельного ухода за полостью рта в домашних условиях;

- Обучение навыкам ухода за полостью рта в домашних условиях.

**Снятие минерализованных зубных отложений.** Проводится с помощью ультразвукового метода и/или с применением кюрет (специальных стоматологических инструментов).

**Снятие плотных, пигментированных и мягких зубных отложений.** Проводится с помощью циркулярных щеток, полировочных резиновых головок с нанесением специальной пасты для профессионального применения и/или воздушно-абразивной методикой (с помощью карбоната натрия, карбоната кальция или глицина).

**Полировка поверхностей зубов** проводится с помощью полировочных инструментов и профессиональных полировочных паст и/или воздушно-абразивной методикой с применением состава на основе глицина и/или эритритола абразивностью не более 25 микрон. После проведения профессиональной гигиены может быть произведено фторирование зубов, реминерализующая терапия, наложение лечебной повязки - по показаниям.

**Периодичность прохождения процедуры:** если иное не указано лечащим врачом-стоматологом,

1. По общему правилу в целях сохранения и поддержания стоматологического здоровья профессиональную гигиену проходят не реже 2 раз в год (каждые 6 месяцев).

2. При проведении пародонтологического лечения необходимо проводить профессиональную гигиену 4 раза в год (каждые 3 месяца).

3. При лечении на классической брекет-системе необходимо проходить профессиональную гигиену – 4 раза в год (каждые 3 месяца), при лечении на лингвальных брекетах необходимо проводить профессиональную гигиену – 6 раз в год (каждые 2 месяца). После снятия брекетов в течение 1 недели необходимо обратиться к гигиенисту на профессиональную гигиену и фторирование зубов. Это позволит эмали зубов и деснам восстановиться после ортодонтического лечения.

#### **Возможные дискомфортные состояния.**

Ощущения зависят от клинической картины и индивидуальной чувствительности организма. Как правило, процедура безболезненна и не требует обезболивания. Непривычные ощущения могут быть вызваны необходимостью установки ретрактора, при применении аспирационной системы (пылесоса и слюноотсоса) в виде рвотного рефлекса, пересушивания слизистой оболочки полости рта), лёгким покалыванием слизистой при применении воздушно-абразивного метода.

**Возможные осложнения после процедуры:** болевые ощущения (особенно при наличии у пациента клиновидных дефектов, рецессии десны, кариозных полостей); кровоточивость десен; отечность мягких тканей; повышение чувствительности зубов, в том числе в результате действия холодных раздражителей и при чистки зубов в домашних условиях; дискомфорт; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов; Во время проведения профессиональной гигиены существует вероятность выпадения пломб с нарушением краевого прилегания; неудовлетворяющих анатомо-функциональным требованиям; появление или усиление подвижности зубов, визуального обнажение корня зуба (в силу снятия зубных отложений, ранее закрывавших корень).

**II. Реминерализующая терапия** – это лечебно-восстановительная методика, способствующая восстановлению минерального состава зубной эмали в состоянии близкое к норме.

**Цель медицинского вмешательства:** профилактика кариеса, стабилизация очаговой деминерализации зубов, повышение кариесрезистентности (устойчивости к кариесу) зубов.

Реминерализацию зубов проводят с применением составов, содержащих кальций, фосфор, ксилитол и фториды.

Препараты, содержащие кальций, фосфор и магний укрепляют имеющуюся или восстанавливают поврежденную кристаллическую решетку эмали.

Фторидсодержащие препараты: обеспечивают большую устойчивость эмали к развитию кариозного процесса за счет формирования гидроксифторапатита (усиленный состав эмали) и снижают выработку кислот бактериями.

#### **Методика проведения:**

1. Вне зависимости от того, в домашних условиях проводится реминерализация или в клинике, в качестве первого этапа необходимо провести профессиональную гигиену полости рта для удаления всех зубных отложений (реминерализующие средства должны вступать в непосредственный контакт с эмалью).

2. Если реминерализацию планируется проводить в домашних условиях, с зубов снимаются слепки для изготовления специальных кап. В домашних условиях реминерализующий гель наносится в капы, которые пациент носит в соответствии с указаниями врача (длительность аппликаций и периодичность зависят от назначенных препаратов).

3. Если реминерализация проводится в клинике, после профессиональной гигиены на зубы в соответствии с методикой наносится назначенный врачом препарат. Аппликации, как правило, проводятся в течение 2 - 10 сеансов, курсами от 1 до 6 раз в год. Если пациенту не даны индивидуальные рекомендации.

**Возможные дискомфортные состояния:** попадание небольшого количества препарата со слюной в желудочно-кишечный тракт, необходимость не разговаривать в течение времени, пока капля находится в полости рта.

**Возможные риски (неблагоприятные последствия) при проведении процедур:** разжевывание капы и попадание отдельных ее элементов в желудочно-кишечный тракт, чувство тошноты, при проглатывании большого количества реминерализующего препарата.

**Прогнозы комплекса процедур, посвященных профессиональной гигиене полости рта:** снижение микробной нагрузки, восстановление кровообращения в околозубном пространстве, уменьшение кровоточивости десен, уменьшение воспаления десен, восстановление естественного цвета зубов.

Я \_\_\_\_\_ даю согласие на медицинское вмешательство - проведение профессиональной гигиены полости рта моему ребенку

#### **Биологические особенности организма пациента и их влияние на результат лечения (привести к осложнениям):**

Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы либо части текста отсутствуют. Я понимаю цель и назначение описанной манипуляции, а также цель и смысл рекомендаций и назначений врача. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и ясные мне по содержанию разъяснения.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются вероятными объективными неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала.

Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат манипуляции. Я понимаю также, что прогноз об исходе заболевания (состояния) дается врачом исходя из собственного врачебного опыта и данных медицинской статистики, при этом я, как конкретный пациент в конкретной ситуации лечения, не являюсь усредненной статистической единицей.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я подтверждаю, что Исполнителем мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства согласно поставленному мне диагнозу.

Я понимаю, что факт моего согласия на медицинское вмешательство влечет соответствующие юридические последствия. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.

Я подписываю настоящий документ, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой и доступной для понимания информацией для принятия решения.

<b>Вид манипуляции</b>	<b>Гигиенист (ФИО, подпись)</b>	<b>Дата лечения</b>	<b>Согласен на проведение медицинского вмешательства на описанных условиях (подпись пациента)</b>

Подпись пациента (законного представителя):

\_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись врача:

\_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.