



**ФИЛАТОВСКАЯ**  
КЛИНИКА

Уважаемые родители!

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. При этом необходимым является и частичное повреждение здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага.

## **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ**

1. 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.**

2. 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.

**I. Профессиональная гигиена полости рта** - это комплекс процедур, направленных на оздоровление органов и тканей полости рта и профилактику возникновения и прогрессирования стоматологических заболеваний. Во время процедуры с поверхности зубов удаляется то, что невозможно удалить, проводя ежедневную индивидуальную гигиену в домашних условиях: плотный зубной налёт, пигментированный налет, зубные камни.

**Цель медицинской манипуляции:** профилактика заболеваний зубов и тканей пародонта.

### **Методика профессиональной гигиены:**

1. Перед проведением профессиональной гигиены ребенку дают разжевать специальную таблетку - анализатор со сладким вкусом: места на эмали, покрытые налетом, меняют цвет.

2. Очищение зубов (снятие мягкого и твердого налета) специальными щеточками, зубной нитью и пастой, подбираемой для соответствующего возраста ребенка. При необходимости применяется аппаратное очищение.

3. Полирование эмали зубов.

4. Нанесение специального минерального геля для укрепления эмали.

5. Обучение индивидуальной гигиене полости рта.

**Возможные риски:** отсутствуют.

**Возможные дискомфортные состояния.** Ощущения ребенка зависят от индивидуальной чувствительности организма. Как правило, процедура безболезненна и не требует обезболивания. Неприятные ощущения могут быть вызваны необходимостью установки ретрактора, применения пылесоса и слюноотсоса (рвотный рефлекс, пересушивание), лёгким покалыванием слизистой. Иногда после гигиены возможна болевая реакция на холодные раздражители и дискомфорт при чистке зубов в домашних условиях щеткой с пастой. Эти ощущения проходят через 1-2 дня.

**Предполагаемые результаты:** снижение микробной нагрузки, восстановление естественного цвета зубов.

**II. Реминерализующая терапия** – это лечебно-восстановительная методика, способствующая приведению в норму минерального состава зубной эмали.

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

Основными структурными элементами зубов являются кальций и фосфор, на долю которых в среднем приходится 57% массы здоровой эмали зуба. Именно

поэтому реминерализацию зубов проводят с применением составов, содержащих кальций и фосфор. Для повышения эффективности ремтерапии сочетают с применением фторидсодержащих препаратов (фтор участвует в формировании зубов и костей).

### **Методика проведения:**

1. Вне зависимости от того, в домашних условиях проводится реминерализация или в клинике, необходима профессиональная гигиена полости рта для удаления всех зубных отложений (реминерализующие средства должны вступить 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 на кап, 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 специальной щеточкой наносится назначенный врачом препарат. Аппликации, как правило, проводятся в течение 2-3 сеансов 1-2 раза в год.

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

**Возможные риски (неблагоприятные последствия) при проведении процедур:** разжевывание капы и попадание отдельных ее элементов в желудочно-кишечный тракт.

**Предполагаемые результаты:** проведение реминерализации 1-2 раза в год способствует снижению прироста кариеса зубов на 36-40%.

**III. Герметизация фиссур** – лечебно-профилактическая методика, суть которой заключается в запечатывании специальным герметиком глубоких борозд, разделяющих бугры поверхности боковых зубов (фиссур), в которых скапливается налет. Процедура особенно эффективна для недавно прорезавшихся зубов, поэтому чаще проводится детям.

**Цель медицинского вмешательства:** упрощение гигиены зубов и предотвращение возникновения кариозного процесса.

**Методика проведения:** герметизацию фиссур проводят двумя способами: **неинвазивным и инвазивным.**

Неинвазивная герметизация предполагает профессиональную чистку зуба, протравку его эмали кислотой, промывку поверхности с ее последующим высушиванием, нанесение фиссурного герметика и фтор-профилактику. Инвазивная герметизация показана при глубоких фиссурах или наличии слабо выраженного поверхностного кариеса. Тогда перед протравкой фиссура расширяется с помощью бора. Стандартный срок сохранения фиссурой герметичности от 2 до 5 лет.

**Возможные дискомфортные состояния:** необходимость нахождения в кресле ребенка в спокойном состоянии до 45 минут.

**Возможные риски:** при соблюдении стандарта проведения процедуры отсутствуют.

**Предполагаемые результаты:** снижение риска возникновения кариеса до 70-92%

Я, \_\_\_\_\_  
даю согласие на профилактические стоматологические манипуляции в отношении моего ребенка

врачом \_\_\_\_\_

**Биологические особенности организма пациента и их влияние на результат лечения:** \_\_\_\_\_

Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы отсутствуют.

Вопрос № 1 \_\_\_\_\_

Ответ № 1 \_\_\_\_\_

Вопрос № 2 \_\_\_\_\_

Ответ № 2 \_\_\_\_\_

Вопрос № 3 \_\_\_\_\_

Ответ № 3 \_\_\_\_\_

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 неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала. Я понимаю, что возникновение указанных осложнений, таким образом, не является следствием некачественно оказанной мне услуги (дефектом медицинской услуги).

Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат лечения. Я понимаю также, что прогноз выздоровления (улучшения моего состояния) дается врачом исходя из собственного врачебного опыта и данных медицинской статистики.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии моего ребенка 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 в отношении моего ребенка согласно поставленному мне диагнозу и Прейскуранту цен на данные услуги.

Я даю согласие на фотосъемку в процессе лечения и возможное использование фотоматериалов в научных и рекламных целях.

Я даю согласие на то, что в процессе лечения ряд манипуляций может выполняться сертифицированными специалистами клиники под контролем лечащего врача.

Я понимаю, что настоящее Информированное согласие является юридическим документом. Подписывая его, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой моему ребенку услуги.

Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций, а также дальнейшего соблюдения рекомендаций врача.

Подпись пациента или законного представителя:

Подпись врача:

\_\_\_\_\_  
ФИО \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ФИО \_\_\_\_\_

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

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