

# **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОТБЕЛИВАНИЕ ЗУБОВ**

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.**

---

**1. Отбеливание** – это химический процесс окисления, при котором происходит изменение цвета эмали и дентина от темного к светлому, что позволяет придать цвету эмали зубов более светлый оттенок. Этот процесс становится возможным благодаря способности химических компонентов (перекись карбамида, перекись водорода) проникать во все части зуба, проходя через эмаль. Эти активные вещества распадаются на свободные радикалы кислорода, которые в свою очередь разрушают цветные пигменты, изменяющие цвет зубов. При этом гистологическая анатомия зуба не меняется.

**2. Цель** – для улучшения внешнего вида зубов, без медицинских показаний. Отбеливание не приводит к улучшению состояния здоровья зубов и/или полости рта.

**3. Абсолютные показания:**

- незначительное или умеренное окрашивание зубов (средняя цветовая гамма);
- умеренное или интенсивное окрашивание вследствие частого приема чая, кофе, красного вина, курения;
- изменение цвета зуба вследствие кровоизлияния пульпы;
- изменение цвета, связанное с возрастом;
- зубы с жёлтым, коричневым и оранжевым оттенками;
- изменение цвета в результате эндодонтического лечения.

**4. Относительные показания:**

- «тетрациклиновые зубы»;
- сильно окрашенные зубы;
- зубы с сероватым, синим или зелёным оттенками;
- зубы с белыми пятнами;
- зубы с высокой прозрачностью;
- зубы с коричневыми пятнами вследствие флюороза.

**Противопоказания к отбеливанию зубов:**

**A. Общие:**

**I. Абсолютные:**

- аллергические реакции на перекись водорода, акриловые пластмассы;
- молочные зубы у детей;
- временные ограничения, несогласие пациента, а также невозможность или нежелание носить отбеливающее устройство вне стоматологического кабинета в течение 2-8 часов в день;
- пациенты с психическими заболеваниями.

**II. Относительные:**

- беременность и период лактации (совет – лучше подождать с отбеливанием);
- несовершеннолетние пациенты.

**B. Местные:**

- наличие гиперестезии (эрозия, выраженное обнажение корней и т.д.);
- ортодонтическое лечение;
- значительная убыль эмали;
- наличие очень большой пульповой камеры;
- значительное изменение цвета из-за коррозии амальгамы;
- наличие в полости рта больших реставраций и длительный срок их эксплуатации (более 2-3 лет);
- наличие кариеса;
- наличие твердых зубных отложений;
- заболевания пародонта.

**5. Альтернативные методы:** реставрация композитами или покрытие зубов ортопедическими конструкциями.

**6. Метод выполнения процедуры.** Отбеливание выполняется с использованием специальных гелей и ультрафиолетовой лампы или лазерного излучения. В состав гелей могут входить следующие компоненты: аморфный фосфат Са, перекись водорода или перекись карбамида. Под действием света ультрафиолетовой лампы или лазерного излучения гель нагревается, выделяет ионы кислорода, которые разрушают красящие пигменты. Отбеливание, как правило, проводится в одно посещение. Однако иногда для достижения результатов может потребоваться несколько визитов продолжительностью 1-1,5 часов. При проведении отбеливания более чем в одно посещение перерыв между процедурами не должен быть более двух недель. При большем сроке результаты могут быть менее значительными, эффективность процедуры будет значительно снижена. Окончательный цвет зубов определяется через 2 недели после завершения процедуры отбеливания, что обусловлено пролонгированным действием отбеливающих компонентов. В

зависимости от состояния зубов и дёсен врач по согласованию со мной выбирает вид и схему отбеливания зубов. Перед проведением процедуры отбеливания рекомендуется провести профессиональную гигиену полости рта и зубов. Профессиональная гигиена полости рта и зубов проводится при наличии моего согласия за дополнительную плату. В случае выявления повышенной чувствительности зубов до отбеливания необходимо выполнить процедуры по снижению чувствительности до и после отбеливания. Для активации геля во время процедуры используется источник света. Если имеются меланомы мне необходимо проконсультироваться с врачом-терапевтом до отбеливания. Если пациент принимает любые светочувствительные препараты, то должен(а) проконсультироваться с лечащим врачом, чтобы избежать фотореакции.

**7. Возможные риски и осложнения.** Отбеливание является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. При выполнении манипуляций в полости рта возможна индивидуальная аллергическая реакция; непереносимость компонентов гелей; повышение чувствительности зубов – появление реакции и болезненности зубов на холодное, горячее, кислое, сладкое; микротравмы слизистой оболочки полости рта; повышенный рвотный рефлекс; обострение хронических заболеваний полости рта. Из-за биологических особенностей моих зубов отбеливающий эффект может быть незначительным или полностью отсутствовать; достигнутый цвет зубов может измениться через непродолжительный отрезок времени – зубы вернуться к первоначальному цвету; может появиться болезненность десен, незначительные изменения и повреждения: шероховатость, покраснение, побледнение, рецессия; на зубах могут появиться белые меловидные пятна - это места гиперкальцификации. Во время отбеливания они будут отбеливаться скорее. В такой ситуации необходимо продолжать процедуру до тех пор, пока не осветлится вся поверхность зуба. Отбеливание не влияет на инородные материалы в полости рта (пломбы, коронки, накладки, протезы и т.п.), они не меняют цвет. Из-за значительного цветового различия между собственными отбеленными зубами и пломбами (протезами, коронками и пр.) может потребоваться их замена после завершения процедуры отбеливания зубов – при наличии моего согласия, за дополнительную плату. При проведении отбеливания зубов с удаленным нервом (стенки таких зубов обычно истончены и ослаблены) необходимо дополнительно вводить отбеливающее вещество внутрь зуба, что может привести к появлению трещин и/или переломов стенок зуба. Продукты, напитки (чай, кофе, газированные напитки), химические и лекарственные препараты, содержащие интенсивные красители, а также табакокурение могут снизить эффект отбеливания зубов или вызвать быстрый возврат прежнего цвета после проведенного отбеливания. Указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

**8. Предполагаемые результаты и прогнозы.** Согласно результатам многочисленных исследований, начальный успех отбеливания может колебаться в диапазоне от 58 до 91%. Позднее (от года до шести лет после проведения отбеливания) – успешный результат отмечен у 35-50%. Таким образом, периодически необходимо проводить повторное отбеливание для поддержания хорошего результата.

**9. Рекомендации.** Для поддержания эффекта отбеливания и сохранения здоровья зубов необходимо: не употреблять фрукты (особенно цитрусовые), а также фруктовые соки и газированные напитки, поскольку это может стать причиной повышенной чувствительности; в течение двух недель с момента завершения последней процедуры отбеливания не употреблять кофе, чай, красное вино и иные красящие продукты (свекла, газированные напитки, леденцы), не курить и пользоваться специальными отбеливающими зубными пастами.

**10. Гарантийные сроки** на отбеливание зубов установить невозможно из-за индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки и т.п.).

**Полный пакет Положения о гарантиях находится на информационном стенде клиники ООО «ЦЕНТР-М».**

---

Я, \_\_\_\_\_

даю согласие на отбеливание зубов

**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.

Подпись пациента

\_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_

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

Подпись врача:

\_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_

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