# ЛИСТ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОТБЕЛИВАНИЯ ПРИ ПОМОЩИ АППАРАТА Beyond

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина или его законного представителя. Данное **информированное добровольное согласие пациента на проведение процедуры отбеливания при помощи аппарата Beyond,** является Приложением к медицинской карте стоматологического больного

*(указывается полностью ФИО пациента)*

ЦЕЛЬЮ ОТБЕЛИВАНИЯ ПРИ ПОМОЩИ АППАРАТА BEYOND ЯВЛЯЕТСЯ УСТРАНЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ЦВЕТА ЗУБОВ ИЛИ ОСВЕТЛЕНИЕ ЕСТЕСТВЕННОГО ЦВЕТА ЗУБОВ.

Офисное отбеливание при помощи аппарата Beyond представляет собой процедуру, предназначенную для осветления цвета зубов с использованием отбеливающего геля, перекиси водорода и ультрафиолетовой лампы. При отбеливании Beyond гель используется совместно с лампой для достижения наибольшего эффекта отбеливания в максимально короткие сроки. Во время процедуры на зубы 3-4 подхода продолжительность по 10 минут будет нанесен гель для отбеливания, который активируется при помощи света лампы аппарата Beyond. Во время прохождения процедуры отбеливания в полость рта устанавливается специальный ретрактор, помогающий удержать рот в открытом положении и предохраняющий мягкие ткани (губы, десны, щеки и язык) от воздействия геля и света. При необходимости может быть использован бальзам для губ (с фактором защиты от ультрафиолетового излучения 30+). Также предоставляются очки от ультрафиолетового излучения. После завершения отбеливания этот аппарат, гель и все защитные материалы, закрывающие ткани, будут удалены изо рта. До и после процедуры отбеливания оттенок Ваших зубов будет зафиксирован.

***Альтернативные методы лечения:***

1. Отсутствие лечения.
2. Композитные виниры (из синтетических материалов с частичками фарфора) могут быть изготовлены по одноэтапной технологии в течение одного приёма у стоматолога, или по многоэтапной технологии – в течение минимум двух визитов. Виниры визуально незаметны и существует множество цветовых оттенков материала. Устойчивые пятна/тёмные поверхности можно замаскировать с помощью непрозрачных материалов. Одновременно можно выполнить незначительную корректировку формы зуба. Даже только в целях изменения цвета зуба требуется в большей или меньшей степени снимать здоровую поверхность зуба. Это создаёт риск повреждения нерва. Синтетические компоненты обеспечивают эластичность материала, что с течением длительного времени может повлиять на устойчивость накладок и виниров. С течением времени композитные накладки

могут снашиваться, их края и поверхности могут измениться под воздействием

теплой/холодной среды, пищи и при жевании. Со временем может произойти изменение их в цвете.

1. Цельнокерамические виниры - для установки требуется как минимум два визита к стоматологу. Виниры визуально незаметны и существует множество цветовых оттенков материала. Устойчивые пятна/тёмные поверхности можно замаскировать с помощью непрозрачных материалов. Керамический материал не выцветает и не снашивается. Таким образом, с помощью керамических виниров можно надолго изменить форму и цвет зубов. Тем не менее, только для изменения цвета зуба таким способом требуется снять часть поверхности здорового зуба. Это создаёт риск повреждения нерва.
2. Коронки полностью закрывают зубы. Если используются керамические коронки под цвет зубов, то можно обеспечить практически любой цвет зубов на длительное время. Одновременно можно скорректировать и форму зуба. Тем не менее, для установки коронок необходимо удалить/снять большое количество дентина (как правило, под анестезией). Если зубы живые, то возникает риск повреждения нерва.

#  Возможные побочные эффекты и осложнения:

*Наиболее часто встречающиеся симптомы:*

* Временное незначительно повышение чувствительности эмали;
* Временная повышенная чувствительность зубов/шейки зуба к холодному, горячему, кислому или сладкому, а также к прикосновению.
* Лёгкое покраснение/раздражение дёсен.
* Временное уменьшение блеска зубов. Зубы могут выглядеть более безжизненными.
* Небольшое ухудшение эффекта отбеливания спустя несколько дней или недель.
* Более темный вид у установленных, незаменённых коронок/пломб по сравнению с тем, как было до отбеливания;

*Иногда встречающиеся симптомы:*

* Переосветление, более сильный эффект отбеливания, чем изначально планировалось;
* Недостаточное отбеливание, сохранение обесцвеченных/сероватых/потемневших зон на зубах;
* Неровный эффект отбеливания на поверхностях разных зубов;
* Возврат к исходному цвету зубов/значительное уменьшение эффекта отбеливания спустя несколько месяцев/лет.

*Редко встречающиеся симптомы:*

* Аллергическая реакция на использованные материалы.

Помимо вышеописанных рисков, могут существовать и иные риски, не упомянутые здесь.

*В вашем случае возможны следующие специфические риски:*

#  Для достижения положительного результата лечения необходимо соблюдать следующие

 **рекомендации:**

 Не забудьте проинформировать нас о своей истории болезни и имеющейся аллергической реакции. Настоящим Вы информируете нас о следующих своих заболеваниях и аллергических реакциях:

 В случае появления дискомфорта, боли или каких-либо вопросов незамедлительно обратитесь к своему стоматологу.

 Отбеливание аппаратом Beyond **не рекомендовано** беременным женщинам, кормящим матерям и людям с повышенной чувствительностью к ультрафиолету. Данный вид отбеливания также не рекомендован пациентам, проходящим курс лечения PUVA (принимающим препарат Псорален под воздействием ультрафиолетового излучения спектра А) или другие медикаменты и виды лечения, чувствительные к свету, а также тем, кто страдает меланомой, диабетом или заболеваниями сердца.

 Отбеливание может использоваться только для устранения изменений цвета зубов или осветления естественного цвета зубов. Во многих случаях изменение цвета зубов невозможно устранить полностью, и оно остаётся, несмотря на выполненное отбеливание.

 При курении образуются устойчивые жёлтые пятна и изменения цвета зубов. Кроме того, курение значительно повышает вероятность воспаления дёсен, образования карманов и потери зубов. Ради красоты и здоровья лучше отказаться от курения.

 Во время и после отбеливания следует по возможности отказаться от употребления твёрдой пищи, а также от чая, кофе, красного вина, табака/никотина/курения, соевого соуса, оливок, маслин.

 Во время процедуры отбеливания по возможности стоит отказаться от употребления кислой пищи, например, фруктовых соков, газированных напитков, уксуса и т.д. После отбеливания необходимо ограничить частоту и продолжительность приёма кислой пищи в течение дня (количество не столь важно).

 После процедуры отбеливания достигнутый эффект необходимо поддерживать. Для поддержания цвета необходимо использовать домашнее отбеливание не реже 1 раза в год.

# СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА:

Я прочитал(а) и понял(а) информацию, содержащуюся в информационной и документальной форме, в которой отражены основные сведения, полученные входе информационной консультации.

Во время консультации у меня была возможность задать все интересующие меня вопросы, например, о специфических рисках, возможных осложнениях и альтернативных методах лечения.

Лечащий врач дал полные и исчерпывающие ответы на мои вопросы.

Я проинформирован(а), что я могу отозвать свое согласие на данную процедуру в любое время до начала лечения.

Мне было дано достаточно времени для принятия решения; мне больше не требуется дополнительное время для обдумывания решения.

# Настоящим я даю свое согласие на проведение предложенной процедуры отбеливания зубов. Я даю согласие на изменение или продление лечения в случае необходимости, а также на повторное и последующие вмешательства.

Я также был(а) проинформирован(а) о необходимости регулярно посещать стоматолога и делать профессиональную чистку зубов (минимум два раза в год, желательно три раза в год).

Ни я, ни мои ближайшие родственники, ни люди, представляющие мои интересы, не будут предъявлять финансовых или юридических претензий в отношении того, что перечислено в данном документе. Ксерокопия этого документа несет за собой такую же юридическую силу, как и оригинал. Я полностью ознакомился с документом, мне все понятно, я согласен со всеми положениями данного документа и подтверждаю это своей подписью:

Пациент

Врач

*(подпись пациента, Ф.И.О.)*

*(подпись лечащего врача, Ф.И.О.)*

М.П.

Дата « » 202 г.