Д Е К Л А Р А Ц И Я

ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТА
ОТНОСНО ИЗВЪРШВАНЕ НА КАБИНЕТНО ИЗБЕЛВАНЕ НА ЗЪБИ
ЧРЕЗ ФОТОАКТИВИРАНЕ С АПАРАТ BLUEDENT 12BL / BLUEDENT PRO WHITE

Аз, долуподписаният ……..

ЕГН …… ЛК ……..издадена на……от……

Адрес: гр.……..ул.……тел…….

ДЕКЛАРИРАМ:

Запознат съм от д-р……..
със състоянието на дъвкателния ми апарат, регистрирания от него цвят на зъбите ми и характера на оцветяванията по тях. Бяха ми разяснени възможностите за избелване на зъбите ми, необходимите за това диагностични и козметични дейности и тяхната последователност.

1. Очаквани ползи

Очаквани подобрения след избелването – промяна в цвета на зъбите, удовлетворяваща естетическите изисквания на пациента.

2. Възможни рискове

А) Предвидими рискове – да не се постигне желаната белота на зъбите.

Б) Възможни странични ефекти – при използване на апарата в съответствие с Инструкцията за експлоатация не се очакват странични ефекти, които да повлияят на общото състояние на пациентите.
Може да се очаква повишена чувствителност на зъбите, гингивално дразнене - обикновено отшумява бързо.

В) Противопоказания – Апаратът не трябва да се използва при:

Бременни и майки кърмачки, пациенти под 18 год., при наличие на тежка парадонтална патология с рецесии, зъбни хиперестезии, пациенти с алергии, наличие на рани и инфекции, пресни белези по лицето, наскоро поставени зъбни импланти или хирургически процедури в устната кухина и лицето, фибрални състояния, херпес, кървене, натъртвания, изгаряния, онкологични заболявания или показания за такива по лицето и устната кухина, атипични брадавици в зоната на облъчване, трудно зарастващи рани, пациенти, приемащи болкоуспокояващи лекарства, които притъпяват чувствителността на кожата към топлина, лица под въздействие на алкохол или упойващи вещества.

Г) Апаратът може да бъде използван само след консултация с лекар специалист относно следните случаи:

Лица, страдащи от фотобиологични реакции, лица приемащи фоточувствителни медикаменти, лица с алергии, лица, които наскоро са претърпели козметични операции на лицето или на устните, включително инжекции с хиалуронова киселина или ботокс, лица с много бяла и чувствителна кожа. Ако се приемат фотосенсибилизиращи средства или медикаменти, да се провери листовката на лекарството и да не се прилага избелване, ако е посочено, че може да предизвика фотоалергични реакции (ако след приемане на лекарството се изисква избягване на излагане на слънце).

3. Подготовка на пациента преди фотоактивация с апарата

3.1 Нанасяне на вазелин върху устните и зоната около тях.

3.2 Поставяне на ретрактор и защитна салфетка, които предпазват съответно устните и лицето на пациента.

3.3 Поставяне на защитни очила, предоставени от фирмата производител на фотоактивиращия апарат.

3.4 Поставяне на гингивална бариера за защита на венците и полимеризиране.

3.5 Нанасяне на избелващия гел.

3.6 Избор на режим (в зависимост от пациента – по преценка на стоматолога) и стартиране на процедурата по избелване.

3.7 По време на избелването пациентът трябва да бъде под непрекъснато наблюдение. Стоматологът проследява процеса и реакцията на пациента (болка или топлинен дискомфорт) и, ако е необходимо – се коригира разстоянието на апарата до зъбите, светлинния интензитет, времето за облъчване - възможно е да се правят периодични паузи и дори да се преустанови процедурата, при необходимост.

При спазване на този протокол ще се намали вероятността от: болка, свръхчувствителност, нарушаване на емайла, изгаряне на меките тъкани, лунички, пигментация, петна и др.

4. Последователност на процеса

4.1 Определяне цвета на зъбите преди избелване (регистриран с разцветка по VITA).

4.2 Професионално почистване на външни оцветявания (клинична профилактика).

4.3 Поставяне защита на пациента (описана в т.3).

4.4 Нанасяне на избелващия гел.

4.5 Фотоактивация на избелването с апарата.

4.6 Приключване на избелващата процедура и определяне на цвета на зъбите след избелването (регистриран с разцветка по VITA).

4.7 Сравняване на началния и крайния цвят по VITA и оценяване на постигнатия резултат.

Съгласявам се при избелване на твърдите ми зъбни тъкани да бъде използван светодиоден фотоактивиращ апарат BLUEDENT 12BL / BLUEDENT PRO WHITE.

Запознат съм с процедурите, които ще бъдат извършени с него.

Разбирам, че след процедурата на избелване от мен се изисква да не консумирам хромогенни - оцветяващи храни и вещества (моркови, домати, цитруси, цветни сокове, чай, кафе, вино, тютюнени продукти и др.) в продължение на поне 48 часа.

Възможно е да имам повишена чувствителност на меки и твърди зъбни тъкани за известно време, най-често отминаващи за 24 часа.

При подписване на това информирано съгласие аз заявявам, че съм прочел това информирано съгласие и напълно го разбирам, както ползата, така и възможните рискове и усложнения, които могат да възникнат от извършването на кабинетно избелване на зъби.

Дата: …….. Декларатор (пациент): ……