

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на ортопедическое лечение (зубное протезирование)**

« _____ » _____ 20__ г.

Я, _____
(ФИО пациента, либо его законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное информированное согласие на предложенное мне либо лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство: **ортопедическое лечение (зубное протезирование) по поводу диагноза:**

(наименование и код по МКБ-10)

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Настоящим даю согласие на проведение ортопедического лечения с наиболее рациональным в моей клинической ситуации методом(ами) протезирования зубов (далее указать номера зуба(ов) согласно международной системе ISO 3950 и подчеркнуть/указать нужное):

– одиночные коронки на зубы _____
(цельнолитые/металлопластмассовые/металлокерамические/иные - _____);

– мостовидные протезы с опорой на зубы _____
(цельнолитые/металлопластмассовые/металлокерамические/иные - _____);

– культевые вкладки на зубы _____;

– коронки на имплантатах в области отсутствующих зубов _____;

– условно-съёмные протезы с опорой на имплантаты _____;

– съёмные бюгельные протезы _____;

– частичные съёмные пластиночные протезы _____;

– полные съёмные пластиночные протезы _____;

Я информирован(а), что ортопедическое лечение – это сложный и многоэтапный комплекс мероприятий, направленный на нормализацию функционального и эстетического состояния всей зубочелюстно-лицевой системы, длительностью от нескольких месяцев до года и более, исходя из клинической ситуации.

Я информирован(а), что при ортопедическом лечении требуются консультации и соответствующее подготовительное лечение: врача-стоматолога-терапевта, врача-стоматолога-хирурга, врача-ортодонта, гигиениста стоматологического, а в некоторых случаях ЛОР-врача, врача-невролога, других специалистов.

Я информирован(а) о том, что этот вид лечения включает по меньшей мере следующие этапы:

1) консультационно-диагностический этап (в том числе: рентгенологическое обследование, изготовление диагностических моделей зубных рядов, при наличии показаний – функциональную диагностику височно-нижнечелюстного сустава, жевательных мышц), составление плана лечения;

2) этап обработки зубов (одонтопрепарирование) под конструкции и одномоментное изготовление временных конструкций;

3) этап фиксации постоянных конструкций, их коррекция по прикусу;

4) диспансеризация (динамическое наблюдение, профессиональная гигиена полости рта) с периодичностью 1 раз в 3-6-12 месяцев, которая определяется индивидуально и зависит от состояния опорных тканей зубов, выбранной ортопедической конструкции и уровня индивидуальной гигиены полости рта.

Я информирован(а), что результатом протезирования является установка искусственных зубов вместо разрушенных или утраченных для обеспечения пережёвывания пищи и эстетики, и что протезы не могут быть идентичны собственным зубам и тканям. Я информирован(а), что для покрытия зубов ортопедическими конструкциями проводится процедура шлифования твердых тканей зуба, которая является необратимой.

Я информирован(а), что врачи-специалисты в своей работе придерживаются технологий, максимально сберегающих ткани зубов. Это улучшает функционирование зубочелюстного аппарата в будущем, однако, поскольку зубы остаются живыми, в дальнейшем не исключено воспаление в них пульпы, как в любом живом зубе, с необходимостью последующего эндодонтического лечения. Если данное осложнение возникает после фиксации постоянной ортопедической конструкции, эндодонтическое лечение невозможно без нарушения целостности ортопедической конструкции.

Выбирая искусственную ортопедическую конструкцию, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и функциональные конструктивные особенности использования и возможные неудобства при пользовании протезом:

- отличие по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций, особенно при различном освещении;
- необходимость изменения индивидуальной гигиены полости рта в связи с ретенцией пищи;
- наличие видимых элементов фиксации протезов и металлических частей коронок;
- отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций;
- изменение чувствительности при смыкании зубов, изменение чувствительности слизистой оболочки полости рта из-за перекрывания частями протеза;
- необходимость применения гелей для лучшей фиксации съемных протезов;
- затрудненное привыкание (адаптация) к качественно изготовленным ортопедическим конструкциям вследствие сопутствующих заболеваний и индивидуальных психомиофункциональных особенностей организма (появление тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания).

Перечисленные особенности качественно изготовленных искусственных ортопедических конструкций не являются основанием для предъявления претензий к качеству оказанной медицинской услуги и не подпадают под гарантийный случай.

Я информирован(а), что состояние зубочелюстной системы зависит от общего состояния организма. Возрастные изменения в зубочелюстной системе невозможно исключить полностью как при проведении протезирования, так и при отказе от него, но в последнем случае степень выраженности изменений будет гораздо выше (атрофия мягких тканей, кости челюсти, стираемость твердых тканей зубов.) поэтому через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания возрастных изменений у конкретного человека, возникает необходимость коррекции либо замены ортопедических конструкций.

Я информирован(а) и понимаю, что в случае пародонтита средней и тяжелой степени ортопедическое лечение может быть проведено только после предварительного пародонтологического лечения, в противном случае нет гарантии эстетики и долговечности конструкций.

Я понимаю, что задача ортопедического лечения – не просто улучшение формы и цвета зубов, а комфорт и оптимальное функционирование мышц зубочелюстной системы и височно-нижнечелюстного сустава, а также предотвращение развития патологических состояний в этой системе в будущем.

Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, которые в данном случае будут иметь меньший клинический успех, – ортодонтическое выравнивание имеющихся зубов и отбеливание, терапевтическое восстановление разрушенных зубов либо отсутствие лечения как такового.

Я информирован(а) о том, что последствиями отказа от предложенного оптимального вида протезирования могут быть:

- перелом зуба после проведенного эндодонтического лечения;
- развитие или прогрессирование вторичных деформаций зубных рядов;
- снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи;
- прогрессирование заболеваний пародонта;
- быстрая утрата оставшихся зубов, повышенная стираемость оставшихся зубов вследствие их функциональной перегрузки;
- заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава;
- проявления гальванического синдрома в полости рта;
- общесоматические заболевания (желудочно-кишечного тракта, нейромышечная патология).

Я осознаю, что выбор мною неоптимального плана лечения и протезирования, изменение сроков и последовательности этапов комплексного стоматологического лечения отрицательно повлияют на итоговый результат лечения, протезирования и их отдаленный прогноз.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлечь для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой соответствующие правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

Дополнительная информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи (если есть): _____

(подпись)

(Ф.И.О. Пациента или законного представителя Пациента)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

