

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на лечение дисфункции челюстно-лицевой области.**

« _____ » _____ 20__ г.

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

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. «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 с применением:

_____,
(указать вид/метод)

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».

Я понимаю, что преимуществами метода являются функциональность, фиксация оптимального соотношения челюстей для лечения и профилактики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, а также возможность выравнивать небольшие деформации зубных рядов и сохранять на длительный срок коронковые части зубов, предотвращая их дальнейшее стирание и скалывание, делать улыбку гармоничной и предупреждать в будущем развитие патологической симптоматики со стороны мышц, нервов лица и височно-нижнечелюстного сустава.

Я информирован(а) о том, что последствиями отказа от данного вида лечения могут быть: перелом зубов, дальнейшее стирание зубов и уменьшение эффективности жевания, прогрессирование заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава и его симптомов, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, изменение контуров лица, ухудшение эстетики, прогрессирование заболеваний пародонта, и, возможно, постепенная утрата оставшихся зубов.

Я понимаю, что ортопедическое лечение – это сложный и многоэтапный комплекс мероприятий, направленных на нормализацию функционального и эстетического состояния всей зубочелюстно-лицевой системы и организма в целом.

Я информирован(а) о том, что этот вид лечения характеризуется длительностью (от двух недель до года и более) и сложностью, обусловленной серьезностью вмешательства в зубочелюстно-лицевую систему и организм.

В случае необходимости изменения привычного патологического положения нижней челюсти относительно верхней, а также увеличения высоты прикуса (при патологической стираемости зубов, гипертонусе жевательных мышц, деформациях зубных рядов, привычке сжимать зубы сознательно или бессознательно – во сне и т.п.) – перед этапом обработки зубов добавляется этап перестройки мышечных рефлексов с помощью ношения съемного или несъемного ортопедического аппарата – в течение от 2 недель до 12 месяцев с периодической коррекцией после аппаратного расслабления мышц.

Я информирован(а) и понимаю, что в связи с индивидуальными особенностями ответных реакций человеческого организма на стоматологические манипуляции я должен(а) быть готов(а), особенно на этапах начала сплент-терапии – к дискомфорту, возможным периодическим болевым ощущениям от температурных раздражителей и при надавливании на зубы, а также легкой дислексии. Возможна также отечность слизистой оболочки и мягких тканей лица. Все эти явления со временем проходят. Я должен(а) сообщить доктору о беспокоящих меня симптомах и провести мероприятия по минимизации дискомфорта.

Я проинформирован(а) и понимаю, что в случае, если я отношусь к пациентам, которые страдают бруксизмом и не могут контролировать сильное сжатие челюстей (в том числе бессознательно, во сне) – у меня возможны сколы, расцементировка и механические повреждения постоянных ортопедических конструкций.

Я информирован о том, что данный вид медицинского вмешательства не даёт полностью гарантируемый результат в связи с индивидуальными особенностями.

Я информирован(а) и понимаю, что для сохранения функции и достижения длительности терапевтического эффекта и профилактики ухудшения состояния мне необходимо:

- тщательно соблюдать индивидуальную гигиену полости рта, чистить зубы 2 раза в день после приема пищи (после завтрака и после ужина, после обеда возможно полоскание полости рта водой); пользоваться ультразвуковой зубной щеткой, флосом и ирригатором. Нарушение мной правил индивидуальной гигиены полости рта может повлечь за собой возникновение вторичного кариеса под ортопедическими конструкциями, а также осложнения воспалительного характера – гингивит и пародонтит, которые, в свою очередь, могут привести к изменению внешнего вида и устойчивости ортопедических конструкций;

- исключить из употребления в пищу особенно твердые продукты, а также избавиться от некоторых вредных привычек, которые могут механически повредить ортопедические конструкции и другие реставрации зубов (например, не грызть семечки, орехи, кости, откусывать нитки и т.п.);
- в случае занятий активными видами спорта, а также при бруксизме и привычке сжимать зубы требуется изготовление специальной защитной каппы для ношения во время занятий спортом или ночью;
- регулярное проведение профессиональной гигиены полости рта в условиях стоматологической клиники с частотой не реже 2-3 месяцев (в зависимости от индивидуальной клинической картины состояния полости рта).

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 т.ч. 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 привлекать 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)