

Приложение к медицинской карте № _____
Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство
Ортопедическое лечение (зубное протезирование)

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении меня, и что я соглашаюсь с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(ФИО пациента)

даю добровольное информированное согласие на предложенное мне медицинское вмешательство.

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(лась) с предлагаемым лечением и, в соответствии со своей волей, мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения. Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения, информирован(а) о его стоимости и сроках исполнения.

Врач-стоматолог-ортопед обосновал(а) необходимость проведения ортопедического лечения и ознакомил(а) меня с наиболее рациональным в моей клинической ситуации методом протезирования зубов и проведения подготовительных мероприятий.

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) 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 и 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 сошлифовывания твердых тканей зуба, которая является необратимой.

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 съёмных 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 гарантийным случаем и устраняются при наличии такой возможности за отдельную плату.

Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения – ортодонтическое выравнивание имеющихся зубов и отбеливание, а также изготовление частичных съёмных пластмассовых или бюгельных протезов в области отсутствующих зубов, либо отсутствие лечения как такового.

Я информирован(а) о том, что последствиями отказа от предложенного мне 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 рекомендаций лечащего врача.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма, в том числе аллергического характера, 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. 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.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе, а также систему нумерации зубов. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных стоматологических услуг. Я подтверждаю свое добровольное согласие на медицинское вмешательство для проведения мне ортопедического лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: ✓ _____
(или подпись его законного представителя)

Расшифровка подписи: ✓ _____

На все вопросы пациента (законного представителя) врач ответил, ИДС получено.

Подпись врача: _____

Расшифровка подписи: _____

Дата: _____

Примечание: при приеме детей до 18 лет обязательно подписывается родителем (опекуном) или сопровождающим лицом.