

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (ортопедическое лечение с использованием съемных ортопедических конструкций)

Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я, \_\_\_\_\_

года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:

даю информированное добровольное согласие на проведение мне ортопедического лечения с использованием несъемной или съемной ортопедической конструкции

ООО «Интермед»

(полное наименование медицинской организации)

(ФИО медицинского работника)

Я проинформирован(а) о том, что мне показано ортопедическое лечение с использованием съемных /несъемных ортопедических конструкций.

Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о наличии у меня стоматологических заболеваний, включая сведения о результатах обследования, предварительном диагнозе, вероятном прогнозе развития осложнений при отсутствии лечения, возможных методах лечения и профилактики, имеющихся у меня стоматологических заболеваний, связанных с ними рисках, результатах проведенного лечения.

Протезирование - это заключительный этап ортопедического лечения, для эффективности которого, на первом этапе может потребоваться проведение ряда мероприятий, таких как: проведение хирургической и терапевтической санации, проведение профессиональной гигиены полости рта, депульпирование, сошлифовывание зубов, коррекция прикуса, устранение парафункции мышц, лечение височно-нижнечелюстных суставов, ряд хирургических (коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, уздечек и др.) и пародонтологических вмешательств.

Ортопедическое лечение имеет своей целью: замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическую реабилитацию.

**Мне разъяснили**, что перспективы и результаты медицинского вмешательства зависят, при качественно оказанной помощи, от необходимости **строго следовать этапам протезирования, а также соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать, прежде чем перейти к следующему этапу**, чтобы уменьшить вероятность поломки ортопедической конструкции. Протезирование является, своего рода, вмешательством в биологический организм и, как любое медицинское вмешательство, не всегда может обеспечить длительное сохранение результата лечения, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, т.к. полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного аппарата (как если бы у человека снова выросли зубы), также меня проинформировали, что ортопедическое лечение при концевых дефектах зубных рядов обеих челюстей, при полном отсутствии зубов, когда задействована большая площадь покрытия протезного ложа частичными или полными съемными протезами, является сложной задачей. Атрофия альвеолярных отростков челюстей - процесс необратимый. Атрофические процессы протекают индивидуально и обусловлены не только выпадением функции жевания, но и возрастом больного, наличием общих и местных заболеваний, кроме того, следует учитывать, чем больше времени прошло после удаления зубов, тем атрофия челюстной кости выражена резче. Помимо атрофии костной ткани меняется положение переходной складки, мест прикрепления мышц и уздечек. Также на верхней челюсти атрофия костной ткани опасна близким расположением гайморовых или носовых пазух и изменениями анатомических ориентиров второй ветви тройничного нерва (из-за уменьшения объемов костной ткани носовые полости будут находиться очень близко к краю десны и более близкое прилегание ветвей нерва к слизистой оболочке тканей протезного ложа), что влечет за собой возможное возникновение ноющих болей в области средней трети лица, усиление слезотечения, возможное увеличение секреции слизистого отделяемого из носа. На нижней челюсти атрофия костной ткани также опасна слишком близким расположением третьей ветви тройничного нерва, который отвечает за работоспособность практически всего лица. При уменьшении объема кости он находится настолько рядом с уровнем десны. Кроме того, процессы атрофии как результат сниженной функции в связи с потерей зубов захватывают не только альвеолярные части челюстей, но и элементы, образующие височно-нижнечелюстной сустав. Глубина суставной ямки при этом уменьшается, ямка становится более полой. Одновременно отмечается атрофия суставного бугорка.

Последствиями отказа от протезирования могут быть: прогрессирование зубочелюстных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также обострение общесоматических заболеваний желудочно-кишечного тракта, почек, со стороны сердечно-сосудистой системы, усугубление нейропатологии.

Меня ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования.

Мне разъяснено, что возможно потребуются дополнительные методы диагностических исследований, в том числе рентгенологическое обследование для осуществления качественного лечения.

Со мною согласован и одобрен предложенный мне План обследования и лечения, стоимость и сроки оказания медицинских услуг. Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность (по предварительному согласованию со мной) частичного или полного изменения Плана обследования и лечения (в связи с необходимостью проведения дополнительных врачебных процедур, которые невозможно в полной мере предвидеть заранее), а как следствие изменение сроков продолжительности лечения, а также стоимости медицинских услуг.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения.

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи.

Я осведомлен(а) о том, что вышеназванное лечебное мероприятие должно проводиться под местной анестезией. Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимся парестезиями, парезами, невритами, невралгиями, и постинъекционными гематомами, вялостью, сонливости (следует ограничить вождение автомобиля в течение 24 часов после проведения операции).

Мне сообщили, что антибиотики и медицинские препараты, назначенные в ходе лечения, могут вызвать аллергические реакции и иные побочные действия.

При наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть

осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания глотания, поломок протезов, обострение хронических процессов в опорных зубах, изменения со стороны костной и слизистой ткани, учитывается также долгое отсутствие зубов, что приводит к анатомическим изменениям в области височного нижнечелюстного сустава.

Мне предварительно объяснили, что изготовленные зубные протезы не могут точно повторять анатомическую форму и положение ранее удаленных зубов в зубном ряду, вследствие анатомических изменений альвеолярного отростка.

Мне разъяснена необходимость контрольных осмотров в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение всех рекомендаций и назначений лечащего врача (в том числе, рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами).

Я, даю согласие на предоставление в соответствии с п. 3. ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информации о состоянии моего здоровья (состоянии здоровья представляемого) следующим гражданам:

(Ф.И.О., паспортные данные)

Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути предстоящего лечения. Я получил исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я добросовестно предоставил врачу известную мне информацию о состоянии моего здоровья (наличие аллергии, лекарственной непереносимости, хронических и инфекционных заболеваний, др. патологических состояний).

Я внимательно ознакомился с текстом информированного согласия, полностью понял его и понимаю, что последнее является документом, имеющим юридическую силу.

Я ознакомлен(а) с Положением о средних гарантийных сроках и сроках службы изделий медицинского назначения, используемых в ходе оказания стоматологических услуг» и с действующим у Исполнителя Прейскурантом цен на стоматологические услуги. План обследования и лечения Пациента со мной согласован до начала лечения.

Я даю согласие на проведение рентгенологического обследования.

Я даю информированное добровольное согласие на проведение мне ортопедического лечения с использованием съемных ортопедических конструкций и принимаю решение приступить к лечению с учетом получения полной информации о предстоящем медицинском вмешательстве.

---

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина)

(Дата)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (ортопедическое лечение с использованием съемных/несъемных ортопедических конструкций) собственноручно подписано Пациентом до начала лечения

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(Дата)