

Информированное добровольное согласие на проведение ортодонтического лечения

город Москва

« _____ » _____ 20__ г.

Я, _____
(ФИО лица, которое подписывает согласие)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим подтверждаю согласие на проведение

(ФИО пациента – указывается в случае, если согласие подписывается законным представителем пациента)

процедуры ортодонтического лечения в ООО «АДЕНТЕ» (ОГРН 1217700162118).

1. **Целью проведения медицинского вмешательства является** лечение и профилактика зубочелюстных патологий, в том числе исправление прикуса, а также ортодонтическое лечение проводится в эстетических целях.

2. **Характер, способ и этапы проведения медицинского вмешательства**

Медицинское вмешательство проводится с помощью несъемной ортодонтической техники:

- стандартная вестибулярная лигируемая брекет-система (ортодонтическая конструкция, которая фиксируется на внешней поверхности зубов (вестибулярно) и использует элемент лигатуры (дополнительные элементы, проволоочки или эластичные резинки, с помощью которых они крепятся к дуге) для крепления дуги),
- система пассивного самолигирования (вид брекет-системы, в которой дуга свободно двигается в пазах брекета без использования традиционных лигатур),
- лингвальная брекет-система (это несъемная ортодонтическая конструкция, которая устанавливается на внутренней стороне зубного ряда),

или с помощью съемных аппаратов:

- элайнеры (прозрачные съёмные ортодонтические конструкции в виде капп),
- пластиночные аппараты с рукообразными пружинами на центральные резцы,
- пластинки с вестибулярной дугой в области центральных резцов с центральной петлей.

Вышеуказанные виды съемных аппаратов могут натирать слизистую оболочку полости рта и нуждаются в дополнительной коррекции после их наложения. Такие коррекции могут быть в течение всего периода лечения.

Врачом мне было разъяснено, что медицинское вмешательство включает в себя следующие этапы:

- диагностический этап: внешний осмотр, осмотр полости рта, медицинское фотографирование, снятие слепков челюстей, антропометрический анализ моделей челюстей, рентгенографическое исследование, компьютерная томография (КЛКТ), расчет конструкции аппарата, составление плана лечения.
- подготовительный этап: санация полости рта, включая фторирование, снятие зубного камня, лечение больных зубов с последующей реминерализующей терапией. При необходимости проводятся хирургические манипуляции, включая удаление зубов.
- активный (лечебный) этап: изготовление аппарата(ов), фиксация аппарата, регулярное наблюдение и коррекция. Мне понятно, что длительность этого этапа варьируется от 0,5 года до 5 лет. Чаще 1,5-2 года.
- ретенционный этап: стабилизация результатов лечения. Для этого могут использоваться как съемные, так и несъемные ретенционные аппараты (устройства, которые помогают закрепить достигнутый результат ортодонтического лечения и предотвратить возврат зубов в прежнее положение) и выбор зависит от индивидуальных особенностей. Сроки ретенционного периода зависят от периода формирования прикуса, возраста, метода лечения, но не менее 2-х лет.

3. **Наличие и виды альтернативного медицинского вмешательства**

Я информирован(а), что альтернативным видом медицинского вмешательства при использовании несъемной брекет-системы является ортодонтическое лечение съемной системой элайнеров, пластиночных аппаратов, но конечное решение принимает лечащий врач, учитывая данные диагностики.

Также мне известно о возможности моего отказа от проведения медицинского вмешательства. При этом, обдумав альтернативные виды медицинского вмешательства и возможность отказа от медицинского вмешательства, я даю согласие на проведение мне процедуры ортодонтического лечения с использованием несъемного/съемного ортодонтического аппарата на верхний и нижний зубные ряды.

4. Противопоказания

Я информирован(а) о наличии следующих противопоказаний к медицинскому вмешательству: психоневрологические заболевания (эпилепсия, психозы, шизофрения), онкологические заболевания, аллергические реакции на пластмассы, заболевания тканей пародонта в стадии обострения, кариес и плохая гигиена полости рта, гингивит (воспаление десен), заболевания костной ткани (остеопороз, остеонекроз, дисплазия), ВИЧ-инфекции.

5. Возможные осложнения и риски медицинского вмешательства

Характер возможных осложнений: аллергические реакции, воспаление мягких тканей, кровоточивость десен, кариес, гингивит (воспаление десен), рецессия десны (убыль десны, оголение корня зуба), вывих зуба, резорбция корней зубов (процесс разрушения и рассасывания корневой части зуба) и костной ткани (патологический процесс, при котором происходит рассасывание тканей), дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, рецидив аномалии.

В период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировки прикуса возможна аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, нарушение функций глотания, жевания, деформация ортодонтической конструкции и ее перелом. Также возможна повышенная чувствительность зубов после их шлифовки.

Я информирован(а) и понимаю, что в случае возникновения осложнений мне необходимо обратиться к лечащему врачу для осмотра.

6. Результаты медицинского вмешательства

Ожидаемым результатом для здоровья пациента является улучшение прикуса (изменение взаиморасположения зубов в сторону физиологической нормы).

Мне понятно, что ортодонтическое лечение направлено на нормализацию функционального и эстетического состояния зубочелюстного аппарата, путем воздействия специальной аппаратуры на зубы, периодонт и костную ткань челюсти, для получения зубочелюстно-лицевого морфологического оптимума, а не идеала (невозможно получение «идеальной улыбки»).

Мне понятно, что результат изменения прикуса предсказать невозможно в силу особенностей протекания биологических процессов в организме, поэтому соглашаюсь считать отклонения от нормы морфологии и функции, незначительное влияние на внешность, как мою индивидуальную норму и приемлемый для меня результат лечения.

Врачом мне также было разъяснено:

- о нормальной реакции организма: в первые недели после медицинского вмешательства возможно ощущение давления и легкой болезненности в зубах, раздражение щек и губ изнутри, отек, изменение дикции.
- об особенностях ухода после медицинского вмешательства: съемные ортодонтические аппараты необходимо чистить зубной щеткой с пастой или с туалетным мылом два раза в день (утром и вечером), а также промывать после еды по мере возможности. Несъемные ортодонтические аппараты – брекет-системы – необходимо чистить зубной щеткой с пастой также как зубы три раза в день, особое внимание уделять межзубным промежуткам, пришеечной части зубов (область между коронкой и корнем), поверхности вокруг брекета, используя ортодонтические щетки, ёршики и зубные нити. После еды полость рта следует полоскать для удаления остатков пищи. Чистку зубов следует проводить после завтрака, после обеда и перед сном после последнего приема пищи.
- о запретах и ограничениях после медицинского вмешательства: не рекомендуется принимать и пережевывать очень жесткую пищу (например, сухари), откусывать от больших кусков (например, от целого яблока). Не рекомендуется жевать жевательную резинку, вязкие пищевые продукты. Съемные

ортодонтические аппараты выполнены из разнообразных пластмасс, поэтому во избежание их поломки, не допускается их падение на твердые поверхности.

– о возможных реакциях организма в случае невыполнения рекомендаций: воспаление мягких тканей, кровоточивость десен, кариес, гингивит (воспаление десен), рецессия десны (убыль десны, оголение корня зуба), травмы десны, ухудшение фиксации ортодонтических аппаратов, поломка или возникновение трещин в базисе ортодонтического аппарата.

Я информирован(а), что медицинское вмешательство не может гарантировать 100% достижения результата, в том числе из-за:

- индивидуальных особенностей организма,
- в случае неинформирования врача о наличии указанных в разделе 4 противопоказаний,
- невыполнения мной рекомендаций врача.

Я ознакомлен(а) с настоящим информированным добровольным согласием, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, в полном объеме. Я подтверждаю, что располагал(а) достаточным временем, чтобы задать все интересующие меня вопросы, а также для того, чтобы принять решение о согласии на медицинское вмешательство.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, которому доверяю информацию, контактный телефон)

Подпись Пациента _____ (_____) « » _____ 20__ г.

В случае недостижения на момент подписания настоящего согласия пациентом 15-летнего возраста или в отношении пациента, признанного в установленном законом порядке недееспособным, оно подписывается его законным представителем:

Статус законного представителя (мать, отец, опекун, попечитель) _____

_____ (_____) « » _____ 20__ г.
(подпись) (ФИО)

Подпись Врача _____ (_____) « » _____ 20__ г.
(подпись) (должность и ФИО)

Дача согласия в следующие посещения пациента		
Дата приема	Подпись пациента	Расшифровка подписи