

**Информированное добровольное согласие
на проведение ортопедического лечения несъемными протезами**

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 свое согласие на проведение

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

ортопедического лечения несъемными протезами в ООО «АДЕНТЕ» (ОГРН 1217700162118).

1. Целью проведения медицинского вмешательства является:

- восстановление достаточной функциональной способности зубочелюстной системы;
- предупреждение развития патологических процессов и осложнений;
- повышение качества жизни пациентов;
- предупреждение или устранение негативных психоэмоциональных последствий, связанных с отсутствием зубов.

2. Характер, способ и этапы проведения медицинского вмешательства

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

- анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, интралигаментарная),
- препарирование зуба, с целью создать место под ортопедическую конструкцию,
- снятие оттисков (отпечатков челюстей),
- регистрация положения челюстей относительно друг друга и черепа,
- припасовка и наложение каркаса цельнолитого консольного протеза (при необходимости проводится коррекция),
- керамическая или пластмассовая облицовка,
- припасовка и наложение готового цельнолитого несъемного консольного протеза (при необходимости проводится коррекция),
- полировка цельнолитого консольного протеза и его фиксация на постоянный цемент.

Необходимость выполнения указанных выше этапов может зависеть от диагноза, тяжести течения заболевания и индивидуальных особенностей организма.

3. Наличие и виды альтернативного медицинского вмешательства

Я информирован(а), что альтернативным видом лечения является: протезирование на имплантах и съемное протезирование.

Преимуществами альтернативных видов лечения являются: более удобный и современный вид протезирования (при протезировании на имплантах), более низкая стоимость и более короткий период лечения (при съемном протезировании).

Недостатками альтернативных видов лечения являются: более дорогостоящий вид лечения (при протезировании на имплантах), меньший комфорт (при съемном протезировании).

Также мне известно о возможности моего отказа от проведения лечения. При этом, обдумав альтернативные виды лечения и возможность отказа от медицинского вмешательства, я даю согласие на проведение мне ортопедического лечения несъемными протезами.

4. Противопоказания

Я информирован о наличии следующих противопоказаний к медицинскому вмешательству.

Абсолютные противопоказания: индивидуальная непереносимость материалов необходимых для лечения.

Относительные противопоказания: обострение заболеваний сердечно-сосудистой системы, обострение заболеваний нервной системы, в случае болезни дыхательных путей (в том числе и при ОРЗ), в случае заболеваний слизистых оболочек полости рта в стадии обострения, беременность (кроме состояний, угрожающих жизни пациенту).

5. Возможные осложнения и риски медицинского вмешательства

Я проинформирован, что в период проведения манипуляций в полости рта (анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, коррективке прикуса) возможно возникновение индивидуальной аллергической реакции, непереносимости отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемения языка, губ.

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, поломки протезов.

Меня также предупредили, что при выявлении скрытых технологических дефектов могут быть увеличены сроки изготовления протеза, а в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза не за счет пациента.

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

6. Результаты медицинского вмешательства

Ожидаемыми результатами для здоровья пациента являются: восстановление жевательной функции, восстановление функции и морфологии зубов, восстановлении эстетических пропорций лица.

Врачом мне также было разъяснено:

- о нормальной реакции организма: наличие болевых ощущений после медицинского вмешательства, привыкание к протезу в течение 1-2 месяцев,

- об особенностях ухода после медицинского вмешательства: необходимость профилактических осмотров и профессиональной гигиены раз в 6 месяцев; несъемные зубные протезы необходимо чистить зубной щеткой с пастой также как естественные зубы два раза в день, после еды полость рта следует полоскать для удаления остатков пищи.

- о запретах и ограничениях после медицинского вмешательства: во избежание поломки протеза, а также повреждения слизистой оболочки полости рта не рекомендуется принимать и пережевывать очень жесткую пищу (например, сухари), откусывать от больших кусков (например, от целого яблока); если протез зафиксирован на временный цемент, не рекомендуется жевать жевательную резинку и другие вязкие пищевые продукты.

- возможных реакций организма в случае невыполнения рекомендаций: увеличение болевых ощущений, появление отека в области пролеченного зуба, окрашивание реставраций, необходимость повторного медицинского вмешательства, удаление зуба.

Я предупрежден(а) о необходимости полного и точного и выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

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 и не следования плану лечения.

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 _____ (_____) « » _____ 202__ 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) _____

_____ (_____) « » _____ 202__ г.
(подпись) (ФИО)

Подпись Врача _____ (_____) « » _____ 202__ г.
(подпись) (должность и ФИО)

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