

**Информированное добровольное согласие
на проведение снятия несъемной ортопедической конструкции**

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 снятия несъемной ортопедической конструкции в ООО «АДЕНТЕ» (ОГРН 1217700162118).

1. Целью проведения медицинского вмешательства является:

- замена несостоятельной конструкции (расцементировка, поломка, деформация, негерметичность краевого прилегания),
- необходимость лечения зуба под конструкцией (лечение кариеса, пульпита, периодонтита, перелечивание корневых каналов),
- необходимость удаления опорного зуба (зубов) под конструкцией,
- проведение гигиенических мероприятий (профессиональная чистка зубов) при невозможности их выполнения без снятия конструкции,
- подготовка к перепротезированию (изготовление новой конструкции),
- устранение травмирования мягких тканей полости рта (десны, щеки, языка) краем конструкции.

2. Характер, способ и этапы проведения медицинского вмешательства

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

- проведение анестезии (обезболивание) при необходимости,
- снятие ортопедической конструкции (для снятия применяются специальные инструменты),
- при невозможности снятия без повреждения конструкции – может быть применен метод распиливания,
- после снятия конструкции проводится удаление остатков фиксирующего материала с поверхности зубов,
- оценка состояния опорных зубов (наличие кариеса, трещин, сколов, подвижности),
- фиксация временной ортопедической конструкции (временная коронка, пластмассовый мостовидный протез) для защиты препарированных зубов, сохранения их положения и эстетики на период изготовления постоянной конструкции.

Мне разъяснено, что после снятия несъемной ортопедической конструкции она не пригодна для дальнейшего использования и подлежит утилизации.

Мне разъяснено и понятно, что после снятия несъемной ортопедической конструкции может потребоваться изготовление новой (временной или постоянной) ортопедической конструкции, а также дополнительное лечение опорных зубов.

3. Наличие и виды альтернативного медицинского вмешательства

Я информирован(а), что альтернативные виды медицинского вмешательства отсутствуют.

Также мне известно о возможности моего отказа от проведения медицинского вмешательства. При этом, обдумав возможность отказа от медицинского вмешательства, я даю согласие на проведение мне процедуры снятия несъемной ортопедической конструкции.

4. Противопоказания

Я информирован(а) о наличии следующих противопоказаний к медицинскому вмешательству: психоневрологические заболевания (эпилепсия, психозы, шизофрения), острые инфекционные и воспалительные заболевания, обострение хронических заболеваний.

5. Возможные осложнения и риски медицинского вмешательства

Характер возможных осложнений: аллергические реакции на анестезию (обезболивание), повреждение твердых тканей зубов, сколы эмали; перелом зуба (зубов) и/или корня зуба (зубов); повреждения мягких тканей полости рта; попадание частей (элементов) ортодонтической конструкции в желудочно-кишечный тракт и/или дыхательные пути, что может вызвать повреждения ЖКТ и/или асфиксию (остановку дыхания), дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, рецидив аномалии.

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 снятие несъемной ортопедической конструкции.

Врачом мне также было разъяснено:

- о нормальной реакции организма: в первые недели после медицинского вмешательства возможно ощущение дискомфорта, болевые ощущения, отеки слизистой оболочки рта.
- об особенностях ухода после медицинского вмешательства: осуществлять тщательный гигиенический уход за полостью рта, проводить антисептические полоскания (по назначению врача), своевременно явиться на изготовление и фиксацию новой конструкции (временной или постоянной).
- о запретах и ограничениях после медицинского вмешательства: до изготовления и фиксации новой конструкции (временной или постоянной) необходимо соблюдать щадящий пищевой режим (исключить жевание на стороне снятой конструкции, избегать твердых, вязких продуктов, липких конфет, жевательной резинки), ограничить употребление красящих продуктов (кофе, чай, красное вино) при временной конструкции из пластмассы.
- о возможных реакциях организма в случае невыполнения рекомендаций: повреждение (скол, трещина) ослабленных опорных зубов, развитие кариеса под временной конструкцией (при её наличии), воспаление десневого края (гингивит), повышенная чувствительность зубов, смещение (поворот, наклон) опорных зубов (при длительном отсутствии временной конструкции).

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)