

Информированное добровольное согласие на проведение лечения с помощью съемных ортопедических конструкций

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20
Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я, _____,
проинформирован(а) врачом-стоматологом ООО «Томур» URING REGENERATION
CLINIC о состоянии здоровья моих зубов и полости рта и

необходимости проведения мне лечения с помощью съемных ортопедических конструкций (съемных протезов).

Данный документ содержит для меня информацию о сути предстоящего медицинского вмешательства, его особенностях, возможных альтернативных вариантах, последствиях и рисках развития осложнений или неполучения полезного результата с целью предоставления возможности мне сделать свой информированный выбор.

Врач объяснил мне целесообразность восстановления целостности зубного ряда съемными ортопедическими конструкциями: _____

изготовленных из материала _____

Цель лечения с помощью съемных ортопедических конструкций - восстановление целостности зубного ряда: при отсутствии от одного до трех зубов путем установления косметической пластины (восстанавливает только косметический дефект); при отсутствии более трех зубов путем изготовления съемного протеза, фиксация которого осуществляется за счет зубов, коронок и(или) мягких тканей полости рта.

Сущность медицинского вмешательства. Путем последовательных лечебных мероприятий, выполняемых врачом стоматологом, и последовательных технических работ, выполняемых зубным техником в зуботехнической лаборатории, изготавливается ортопедическая конструкция, имеющая определенные части (элементы), позволяющие: фиксироваться в полости рта, воспринимать и распределять жевательную нагрузку. Данный вид лечения проводится поэтапно. Каждый этап не подлежит исключению и напрямую влияет на результат. Поскольку данный вид лечения связан не только с клиническими этапами (непосредственно в стоматологическом кресле), но и с техническим этапом (работы, выполняемые в зуботехнической лаборатории), точное время лечения определено быть не может, но о каждой необходимой явке к врачу меня предупредят. Любая ортопедическая конструкция может безопасно использоваться в течение определенного срока (срока службы), который определяется индивидуально для каждого пациента.

Альтернативные методы лечения. Альтернативой лечения с помощью съемных протезов является лечение с помощью несъемных ортопедических конструкций, когда существует такая возможность (присутствуют зубы, позволяющие провести протезирование несъемными ортопедическими конструкциями) или когда такая возможность реализована (установлены импланты, прошедшие период адаптации и готовые к протезированию).

Возможные осложнения и риски. Любая ортопедическая конструкция не является полноценной заменой утраченных зубов. Поэтому все нагрузки, воспринимаемые протезами, не будут естественными и, следовательно, с течением времени будут происходить изменения в оставшихся и(или) зубах, тканях и органах полости рта. Происходящие со временем инволютивные изменения зубов, тканей и органов полости рта (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которые проявляются в рецессии десны, атрофии челюсти, стираемости зубов неминуемо приведут к необходимости повторного протезирования, а в исключительных случаях к отсутствию возможности повторного протезирования.

Время с момента передачи готового протеза пациенту для использования до момента, когда использовать протез станет небезопасным составляет срок службы протеза. Необходимость повторного протезирования может возникнуть и в пределах сроков службы протеза, причиной этого может стать: наличие и(или) возникновение острых и хронических общесоматических заболеваний, наличие и(или) возникновение острых и хронических заболеваний зубов, органов и тканей полости рта, неудовлетворительная гигиена полости рта, повреждение протеза, несоблюдение требований по уходу за протезом, несоблюдение требований по использованию протеза, не использование протеза более двух дней, курение, прием в пищу агрессивных химических элементов (алкоголь, кислоты и др.) В этом случае, возможно, потребуются повторное протезирование с дополнительным объемом медицинского вмешательства.

Даже при соблюдении наивысшей степени заботливости и осмотрительности, какая требуется по характеру выполняемой технологии от врача и зубного техника, возможны следующие риски:

- существует вероятность возникновения и развития индивидуальной непереносимости и(или) реакции организма на медикаментозные препараты и материалы, применяемые при лечении данными видами ортопедических конструкций, что в свою очередь приведет к неудаче ортопедического лечения, последующему лечению осложнений и повторному протезированию.

- существует вероятность возникновения и(или) развития такого заболевания как «гальваноз», что приведет к неудаче ортопедического лечения, и повторному протезированию.

- существует вероятность возникновения и(или) развития острых и хронических заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, а также его дисфункции, что в свою очередь приведет к неудаче ортопедического лечения, последующему лечению осложнений и повторному протезированию.

- существует вероятность возникновения и(или) развития острых и хронических заболеваний слизистой полости рта, связанных с ортопедической конструкцией и вызванных вирусами, грибами, бактериями, что в свою очередь приведет к неудаче ортопедического лечения, последующему лечению осложнений и повторному протезированию.

- существует вероятность возникновения и(или) развития острых и хронических заболеваний околоушных, подъязычных и малых слюнных желез полости рта, связанных с ортопедической конструкцией и вызванных вирусами, грибами, бактериями, что в свою очередь приведет к неудаче ортопедического лечения, последующему лечению осложнений и повторному протезированию.

- существует вероятность возникновения и(или) развития острых и хронических заболеваний опорно-удерживающего аппарата оставшихся зубов, что в свою очередь влечет за собой возможное удаление таких зубов и повторное протезирование.

- существует вероятность возникновения и(или) развития острых и хронических заболеваний некоторых пар черепных нервов (тройничный, лицевой, и др.) связанных с ортопедической конструкцией, что в свою очередь приведет к неудаче ортопедического лечения, последующему лечению осложнений и повторному протезированию. **Доктор объяснил мне**, что для протезирования на опорных зубах, последние будут значительно обточены. Если используются витальные (живые) зубы, то в ходе протезирования может возникнуть воспаление в зубе, что потребует дополнительного лечения с оплатой по прайс-листу. Я осведомлен(а), что использование под съемную конструкцию зубов, ранее леченных по поводу осложненного кариеса и не имеющих признаков воспалительного или деструктивного процесса, в настоящее время не исключает появления очага воспаления и(или) деструкции окружающей костной ткани в дальнейшем (например, обострение хронического периодонтита). В этом случае может потребоваться дополнительное лечение (как стоматологическое, так и общее) вплоть до удаления зуба и замены протеза, что потребует дополнительных денежных затрат пациента.

Врач объяснил мне правила пользования временными протезами и срок (не более 30 дней) их использования, информировал, что в случае нарушения правил пользования и(или) превышения срока использования временные протезы подлежат переделке за мой счет.

Врач объяснил мне, что адаптация (привыкание) к протезам наступает в индивидуальные для каждого организма сроки (от 10 дней до 3-х месяцев).

Мне понятно, что использование протезов в случае их повреждения (механического и(или) химического) будет не безопасным для моего здоровья. **Врач также объяснил мне** необходимость обязательного отказа от использования протеза(ов) после истечения срока службы.

Кроме того я понимаю, что может потребоваться рентгенологическое исследования на этапах ортопедического лечения, а так же рентгенологический контроль в будущем.

Я осознаю, что для проведения ортопедического лечения может потребоваться несколько посещений и строгое выполнение указаний врача, в противном случае - ортопедическое лечение не будет успешным. **Я понимаю** необходимость регулярного контроля факторов риска (КФР) и обязуюсь их проходить по графику, назначенному врачом, проводить все необходимые коррекции. **Я понимаю**, что отказ от прохождения КФР или его несвоевременное прохождение может служить основанием для снятия гарантии и приведет к сокращению срока службы протеза(ов), расцементировкам, необратимому повреждению опорных зубов и протезов. **Я понимаю** значение гигиены полости рта при ортопедическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения.

Мне разъяснено, что при проведении процедуры может применяться местная анестезия. Я проинформирован(а) о преимуществах и осложнениях местной анестезии. Я понимаю, что при проведении анестезии (за счет нанесения геля, спрея на слизистую оболочку полости рта или инъекций анестетика) возможно развитие аллергических реакций (анафилактический шок, отек Квинке, обморок, коллапс).

Я информирую врача обо всех случаях аллергии к лекарственным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время _____

Доктор объяснил мне о необходимости незамедлительно сообщить ему или администратору клиники об ухудшении самочувствия в период лечения и после него, а именно: повышение температуры; ноющая или пульсирующая боль; боль при накусывании; возникновение участков онемения; появление покраснения десны вокруг зуба(ов); появление отека щеки или подчелюстной области; заложенности или выделений из носа; затруднение дыхания, сыпь, зуд на коже и слизистых лица, шеи и тела. **Также обязуюсь поставить в известность врача или администратора клиники** о других возникших изменениях: о появлении подвижности коронок, отсутствии фиксации протезов, а также сколов, трещин. Категорически запрещаюсь спать при наличии ненадежно зафиксированных протезов во рту.

При появлении боли при накусывании (пульсирующей боли) под протезами категорически запрещается тепловые процедуры на голову, включая УВЧ, посещение сауны. **Я понимаю**, что чем раньше я обращусь к лечащему врачу за помощью, тем больше вероятность в сохранении протезов.

Понимаю сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я осознаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения.

Мне разъяснено, что в ходе выполнения данного медицинского вмешательства, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий. **Я доверяю** медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения моего состояния.

Также я предупрежден (а) о необходимости выполнения рекомендаций врача, в том числе об осуществлении не реже, чем один раз в шесть месяцев профессиональной гигиены полости рта.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с проведением данного вмешательства и последующего периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Мое решение является свободным и добровольным.

Я ознакомлен(а) Правилами оказания медицинских услуг и **обязуюсь** соблюдать их.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Содержание настоящего документа мною прочитано, мне разъяснено и полностью понятно.

Дополнительных разъяснений не требуется, что удостоверяю своей подписью.

Подпись пациента _____ / _____ « _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись врача _____ / _____ « _____ » _____ 20 ____ г.
(ФИО полностью и разборчиво, подпись)