



ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ БРЕКЕТ-СИСТЕМЫ

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, (ФИО) _____ года рождения
проинформирован(а) врачом-стоматологом _____ ООО «Томур» (URING REGENERATION CLINIC) о
состоянии моих зубов и полости рта и необходимости проведения мне ортодонтического лечения с помощью установки брекет-
системы.

Данный документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я мог(ла) принять решение о необходимости
проведения рекомендуемых врачом манипуляций, изложенных в плане лечения.

Суть предстоящего медицинского вмешательства:

Лечение с помощью брекет-системы проводится с целью коррекции различных дефектов прикуса.

Брекет-система – это ортодонтическая конструкция, которая крепится на зубной ряд с внешней стороны.

Меня проинформировали о том, что лечение состоит из нескольких этапов различных по времени (время определяется
выраженностью патологических процессов в полости рта):

Подготовительный этап. Во время консультации врач определяет степень выраженности патологии в зубном ряду
клиническими методами, в дальнейшем проводится комплексная диагностика.

При необходимости назначается санация полости рта – удаление налета и зубного камня, лечение кариеса и других заболеваний.

Врач-стоматолог-ортодонт снимает индивидуальные слепки или производит сканирование полости рта для изготовления
диагностической модели, по которой осуществляется выбор плана коррекции. На основе данного слепка выполняется антропометрия.

Лечебный этап. В назначенный день пациент приходит на фиксацию брекетов на зубы. Данная процедура является
безболезненной, но длительной. Установка брекетов длится от 1 до 3 часов и зависит от метода фиксации. Существует 2 метода
фиксации:

- Прямой – классический способ, который предполагает приклеивание замочков на каждый зуб по отдельности. Этот метод более
длительный и сложный.
- Непрямой предполагает изготовление индивидуальных кап, с помощью которых брекеты переносят на зубы. Врач-стоматолог-
ортодонт в день установки конструкции во рту проводит подготовку зубной поверхности, наносит адгезивный материал, после
чего капа с брекетами одевается на зубной ряд. Через несколько минут капу снимают, остатки клея удаляют. Данный метод
фиксации занимает около часа.

После фиксации пластинок брекетов в пазы вставляется дуга и прочно фиксируется в определенном положении с помощью
креплений.

Мне понятно, что длительность процесса адаптации к конструкциям зависит от размера конструкции, индивидуальной
чувствительности и возраста, как правило занимает от 2 недель. Болезненные ощущения в период адаптации могут быть достаточно
сильными. В первые недели возможно ухудшение дикции, затрудняется произношение некоторых слов, в особенности содержащих
букву «С».

Выравнивание зубов и исправление прикуса происходит за счет ортодонтических дуг. Данный период длится от 1,5 лет,
продолжительность лечения зависит от сложности клинического случая, зубочелюстной аномалии.

Я понимаю, что во время лечения каждые 2-4 недели необходимо посещать своего лечащего врача для осмотра, контроля
исправления прикуса, коррекции системы. Рекомендуется придерживаться несложной диеты – исключить употребление твердых и
липких продуктов питания, которые могут повредить систему. Каждые 3-6 месяцев рекомендуется проводить профессиональную
гигиену. Также следует тщательно ухаживать за конструкцией в домашних условиях для профилактики стоматологических
заболеваний.

Завершающий этап.

Я полностью понимаю, что после снятия брекет-системы обязательным является использование ретенционного аппарата.

Ретенционные, или удерживающие, аппараты (ретенеры) предназначены для закрепления результатов ортодонтического лечения
и предупреждения рецидивов. Применение их связано с тем, что процессы гистологической тканевой перестройки происходят
медленнее, чем анатомические изменения, достигнутые в процессе лечения. Ретенеры бывают съёмными и несъёмными.

Ретенер может быть в виде прозрачной капы (время и периоды ношения необходимо осуществлять в соответствии с
рекомендациями лечащего врача) или в виде небольшой несъёмной проволоки на внутренней поверхности зубного ряда.

Показания к установке брекетов (определяются врачом):

Необходимость исправления любых аномалий прикуса, не требующих проведения ортодонтической операции.

Противопоказания к лечению брекет-системой (определяются врачом):

- выраженные повороты передних зубов, не позволяющие наклеить брекеты;
- периодонтальные проблемы;
- множественная потеря зубов с концевыми дефектами;
- наличие протяженных металлических мостовидных протезов;
- низкие клинические коронки зубов.

Альтернативные методы лечения: в зависимости от клинической ситуации могут включать в себя ортодонтическое лечение с
помощью несъёмных ортодонтических конструкций, хирургическое и ортопедическое лечение или их комбинацию:

Осложнения и риски лечения:

Даже при наивысшей степени заботливости и осмотрительности врача при выполнении лечения, соблюдении всех необходимых
требований, возможно реализация следующих рисков (возникновение осложнений):

1. При лечении возможны обострения заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз), обусловленные скрытыми
очагами инфекции, неудовлетворительным эндодонтическим лечением, которое предвидеть и предугадать не представлялось
возможным на этапе планирования лечения.
2. Развитие аллергических реакций на применяемые изделия – могут проявляться в виде местных реакций (покраснение, зуд), до
выраженных системных проявлений (анафилактический шок и др.).
3. Непредвиденные изменения в положении зубов, что вызвано индивидуальными особенностями организма, что может привести к
резорбции корней зубов, рецессии десны.
4. Развитие деминерализации эмали, образование повышенной хрупкости зубов и дефектов твердых тканей зуба.

5. Возможно развитие рецидива заболевания.

Дополнительная информация:

Особые указания:

1. Важность соблюдения гигиены полости рта:

Мне разъяснили, что с особой тщательностью необходимо ухаживать за поверхностью зубов, так как при брекет-системе быстрее формируется мягкий налет и зубной камень. В связи с тем, что брекеты усложняют чистку зубов, чистку нужно проводить после каждого приема пищи, по возможности с использованием ирригатора со специальными насадками для чистки брекетных систем. Я понимаю, что недостаточное проведение гигиенического ухода за полостью рта являются отягощающими факторами для достижения результата лечения. При несоблюдении правил гигиены полости рта возможно развитие воспалительных очагов инфекции в полости рта (кариес, пигментация эмали, пародонтит, гингивит). При ухудшении гигиены полости рта мне необходимо проведение профессиональной гигиены полости рта в соответствии с рекомендациями врача, а также прохождение процедуры реминерализующей терапии для укрепления эмали зубов. Я согласен(на) с тем, что врач оставляет за собой право принятия решения о прекращении лечения с помощью брекет-системой на любом этапе лечения при плохой гигиене полости рта (определяется индексом гигиены). В этом случае ответственность за неблагоприятный исход лечения при невыполнении/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

2. Сложность определения итоговых сроков лечения:

Меня проинформировали о предполагаемых сроках лечения при согласовании плана лечения. Однако, я предупрежден(а), что на этапе начала лечения невозможно с точностью определить конкретные сроки лечения. Это зависит от тяжести патологии и строения костной ткани, аккуратного ношения брекетов, регулярного посещения врача для контроля и своевременной коррекции.

При возникновении перелома, трещин и иных поврежденных конструкций необходимо незамедлительно обратиться к врачу!

Я заявляю, что изложил(а) врачу всю связанную со своим здоровьем информацию. Кроме того, я сообщил(а) обо всех имевших место аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, металл, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или других состояниях, касающихся моего здоровья.

Мне разъяснено, что в ходе выполнения данного медицинского вмешательства, может возникнуть незамедлительная 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.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением заболевания и последующего реабилитационного 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 и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Я **ознакомлен(а)** с распорядком дня, нормами и правилами поведения, 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.

Я даю согласие на осуществление данного вида медицинского вмешательства.

Дополнительных разъяснений не требуется, что удостоверяю своей подписью.

Подпись пациента/родителя _____ / _____

(ФИО полностью и разборчиво, подпись)

« _____ » _____ 20__ г.

Подпись врача _____ / _____

(ФИО полностью и разборчиво, подпись)

« _____ » _____ 20__ г.

Дата	Диагноз	Ф.И.О. и подпись врача	Подпись пациента

