



ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ЭЛАЙНЕРОВ

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 съемного ортодонтического аппарата в виде каппы на зубы – элайнера.

Мне в доступной форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что целью ортодонтического лечения является достижение морфологического, функционального и эстетического оптимума.

Показания к лечению элайнерами определяются врачом: наличие аномалий и деформаций зубочелюстной системы, необходимость восстановления морфологического, функционального и эстетического оптимума.

Противопоказания к лечению элайнерами определяются врачом:

К абсолютным противопоказаниям относятся: сильнейшие расстройства психики (шизофрения, паранойя, неврозы, наркомания и т.д.); опухоли в ротовой полости, которые имеют злокачественный характер; туберкулез; заболевания сердечно-сосудистой системы, относящиеся к декомпенсированным; патологические нарушения в иммунной системе (полимиозит, красная волчанка, тяжелые формы инфекционных заболеваний и т.д.); болезни костной системы (остеопороз, остеонекроз, различные дисплазии и схожие заболевания); эндокринные нарушения (патология гипофиза и надпочечников, тяжелые формы сахарного диабета, гипер- и гипотиреоза, гипер- и гипопаратиреоза); заболевания крови (лимфогранулематоз, лейкоз, талассемия, гемолитические анемии); ВИЧ-инфекция и венерические заболевания.

К относительным противопоказаниям относятся: аллергическая реакция на материал, используемый при лечении; пародонтит и плохая гигиена полости рта (кариес, зубной налет); наличие металлических имплантатов в полости рта; нарушение функций височно-нижнечелюстного сустава; бруксизм.

До меня доведена информация, что до изготовления слепков необходимо провести: профилактику и снятие зубного налета; санацию полости рта; временное протезирование (при наличии показаний); устранение воспалительных процессов десны; перевести в стадию ремиссии воспалительные заболевания ВНЧС. До начала лечения врачом проводится сбор жалоб, анамнеза, осмотр лица и полости рта, назначаются рентгенологические исследования (компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), телерентгенография (ТРГ)).

Метод проведения лечения элайнерами: Врачом снимаются слепки, выполняется их сканирование, изготавливаются диагностические модели и составляется план лечения. Окончательное согласование проводится после изготовления на 3-d принтере (принтованной модели) последней рабочей модели. Процесс лечения будет фиксироваться врачом, в том числе, с использованием фотопротокола.

Мне понятно, что общее количество индивидуальных капп, от которых будет зависеть продолжительность лечения, определяется каждым отдельным клиническим случаем. Все каппы будут пронумерованы и переданы мне лечащим врачом со специальными инструкциями по использованию. Меня проинформировали, что после получения инструкций, необходимо носить каппы не менее 22-х часов в сутки, снимая их только во время еды, чистки зубов. По согласованию с врачом устанавливать следующую каппу каждые 2-3 недели. Если нет других предписаний, то необходимо посещать лечащего врача-стоматолога с периодичностью, которую определяет врач, чтобы контролировать ход лечения. До меня доведена информация, что при отсутствии каппы в полости рта более 5 часов подряд, может произойти смещение зубов, после чего каппы перестанут плотно надеваться.

Врач мне подробно рассказал о правилах и важности гигиены полости рта, о правилах ухода за каппами и их режим ношения. Наглядно провел обучение правильной эксплуатации элайнеров. Мне понятно, что надевать каппы необходимо спереди назад. Никакой физической силы при надевании, так как можно «замять» пластик и каппа уже не наденется. Снимать элайнер нужно сзади наперед. При неправильном снятии возможны трещины на элайнере, переломы в одних и тех же местах. Носить элайнер требуется не менее чем 22 часа в день. В те моменты, когда необходимо снять элайнеры, их необходимо хранить в специальном контейнере, выданном врачом. Периодичность смены каппы на следующую пару определяет врач. Мне разъяснено о необходимости сохранения всех элайнеров на протяжении всего лечения.

В ходе лечения возможно появление трещин или поломка пластика, в случае возникновения подобных ситуаций необходимо прекратить их использование и в кратчайшие сроки сообщить об этом своему лечащему врачу, я понимаю, что в данном случае может возникнуть необходимость заказа дублирующих капп.

Я понимаю, что в ходе лечения могут быть использованы дополнительные приспособления (различные ортодонтические конструкции, тяги и аттачменты в соответствии с планом лечения). По окончании лечения лечащий врач может посоветовать носить ретейнер.

Мне понятно, что в некоторых случаях, если результат в конце лечения не достигнет идеального, время лечения может быть увеличено и изготовлены дополнительные каппы.

Возможные риски и осложнения.

Даже при наивысшей степени заботливости и осмотрительности врача при проведении лечения, соблюдении всех необходимых требований, возможна 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. Ношение капп менее 22 часов в сутки, использование продукции не по предписанию лечащего врача, пропуск визитов к врачу, прорезывающиеся “зубы мудрости” и атипичная форма зубов, может продлить время лечения и не привести к ожидаемым результатам. Непредвиденные изменения в положении зубов, что вызвано индивидуальными особенностями организма, может привести к резорбции корней зубов, рецессии десны;

4. Развитие деминерализации эмали, образование повышенной хрупкости зубов и дефектов твердых тканей зуба, может возникать резорбция корней зубов и кости;

5. Возможно развитие рецидива заболевания;

6. Элайнер является достаточно хрупким изделием и может сломаться, что потребует его замены.

7. При смене капп может возникнуть дискомфорт и давление на зубы;

8. Могут быть травмированы десны, щеки и губы при начале лечения и при смене капп;

9. Употребление сладких, газированных напитков и пищи, а также неудовлетворительная гигиена полости рта может привести к кариесу зубов, заболеваниям пародонта, воспалению десен или к декальцинации. При несоблюдении правил гигиены полости рта, врач может принять решение о приостановлении или прекращении лечения.

10. Каппы могут способствовать появлению дефектов речи. Любое изменение речи, вызванное использованием капп, должно исчезнуть в течение нескольких недель;

11. Ношение капп может временно увеличить слюнотечение или сухость во рту, а определенные медикаменты могут усилить этот эффект;

12. Аттачменты могут быть установлены на один и более зубов во время лечения;

13. Зубы могут подвергаться шлифовке контактных поверхностей для создания дополнительного места для других зубов; Прикус может изменяться во время лечения и вызвать временный дискомфорт. По окончании лечения может потребоваться улучшение окклюзионных взаимоотношений, лечение кариозных поражений, протезирование ортопедическими конструкциями. Данные услуги оплачиваются дополнительно;

14. При лечении элайнерами могут потребоваться дополнительные ортопедические или ортодонтические конструкции;

15. В случае неправильно сформированного десневого края, после завершения лечения могут появляться “черные треугольники”, требующие хирургической коррекции в будущем за отдельную плату;

16. Каппы не могут возвращать зубные имплантаты;

17. Общее состояние, возраст, пол и использование медикаментов также может оказывать влияние на сроки и результаты ортодонтического лечения;

18. Состояние зубов, десен и кости челюсти может изменяться в процессе лечения каппами;

19. Состояние зуба, который был прежде травмирован или реставрирован, может быть ухудшено. В редких случаях может быть снижена жевательная функция зубов. Зуб может требовать дополнительного лечения, такого как эндодонтического и/или дополнительных реставрационных работ, а также зуб может быть удален;

20. Зубные коронки, могут быть смещены и требовать повторной цементировки или, в некоторых случаях, замены;

21. Короткие клинические коронки могут ухудшать ретенцию капп и снижать перемещения;

22. В случае выраженной скученности и/или множественной потери зубов возрастает вероятность поломки изделия;

23. Ортодонтические приспособления или их части могут быть случайно проглочены;

24. В редких случаях могут возникать проблемы ВНЧС, что приводит к болям в суставах, головным и ушным болям;

25. Зубы, не покрытые хотя бы частично каппами, могут выдвигаться из зубной дуги.

Элайнер представляет собой эстетическую альтернативу брекетам. Подписывая данный документ, **я подтверждаю, что отказалась от альтернативного плана лечения брекетами и иными съемными ортодонтическими аппаратами.**

Мне понятно, что **результатом данного вмешательства** является достижение морфологического, функционального и эстетического оптимума строения и функции зубочелюстной системы, т.е. достижение оптимальной индивидуальной нормы.

Я заявляю, что изложил(а) врачу всю связанную со своим здоровьем информацию, все известные мне данные о состоянии своего здоровья (здоровья ребенка). Кроме того, я сообщил(а) о всех имевших место аллергических или необычных реакциях на препараты, 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 _____ / _____

(ФИО полностью и разборчиво, подпись)

« _____ » _____ 20__ г.

Подпись врача _____ / _____

(ФИО полностью и разборчиво, подпись)

« _____ » _____ 20__ г.

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

