



# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ СЪЕМНОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ (ПЛАСТИНЫ)

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) \_\_\_\_\_, являясь  
законным представителем несовершеннолетнего \_\_\_\_\_ года  
рождения, проинформирован(а) врачом-стоматологом \_\_\_\_\_ ООО «Томур» (URING  
REGENERATION CLINIC) о состоянии зубов и полости рта моего ребенка и необходимости проведения ему  
ортодонтического лечения с помощью съемного ортодонтического аппарата – пластин.

**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 несмотря на то, что ортодонтическое лечение нацелено на улучшение улыбки, лечение может иметь определенные ограничения и особенности.

Ортодонтическая пластина – устройство для исправления аномалий зубочелюстной системы. Представляет собой конструкцию, состоящую из нескольких деталей: нёбной части из мягкого полимера, металлических скобок для крепления, замочков и кламмеров. Часто эти устройства называют «скобками» из-за наличия стальных дуг, которые заметны на вестибулярной (наружной) стороне зубов и присутствуют в конструкциях для исправления положения передних элементов зубного ряда. Пластинку фиксируют на опорных дентальных единицах, ее нёбная часть прилегает к нёбу.

**Мне разъяснено**, что перед началом лечения необходимо пройти обычную процедуру предварительного ортодонтического обследования, которая включает в себя слепки, модели челюстей, рентген и фотоснимки. На основании диагностики лечащий врач составит план лечения и рекомендации.

**Мне понятно**, что в конструкции пластинок (не всех модификаций) есть один или несколько винтовых механизмов, которые служат для регулирования размеров нёбной части изделия при достижении промежуточных результатов.

**Меня проинформировали**, что после установки пластин носить пластины следует не менее 20-ти часов в сутки, снимая их только во время еды, чистки зубов щеткой и зубной нитью. Если нет других предписаний, то необходимо посещать лечащего врача-стоматолога каждые 6-8 недель, чтобы контролировать ход лечения.

**Я понимаю**, что в ходе лечения могут быть использованы дополнительные приспособления (различные ортодонтические конструкции в соответствии с планом лечения). По окончании лечения лечащий врач может посоветовать носить ретейнер. В некоторых случаях, если результат в конце лечения не достигнет идеального, время лечения может быть увеличено.

**Показания к лечению съемными ортодонтическими аппаратами – пластинами (определяются врачом):** выравнивание зубного ряда, коррекция узости челюстной дуги или ее формы, исправление неправильного положения отдельных дентальных единиц, необходимость увеличения размеров нёба, корректировка ширины межзубного пространства (устранение диастем и трем), активизация или замедление роста челюстей, предотвращение деформации челюстного аппарата, исправление дикции (шепелявости, картавости), закрепление достигнутого результата после брекет-терапии.

**Противопоказания к лечению съемными ортодонтическими аппаратами - пластинами (определяются врачом):** болезни зубов и пародонта (временный запрет), заболевания лор-органов, сложные патологии прикуса.

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

---

## Риски и Неудобства

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

1. Ношение съемных ортодонтических конструкций – пластин менее 20 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;
2. При смене съемной ортодонтической конструкции может возникнуть дискомфорт и давление на зубы;
3. Могут быть травмированы десны, щеки и губы при начале лечения и при смене съемной ортодонтической конструкции;
4. После окончания лечения зубы могут изменять положение. Использование ретейнеров в конце лечения должно предотвращать перемещение зубов;
5. Употребление пищи и напитков, содержащих сахар, отсутствие чистки зубов перед использованием съемных ортодонтических конструкций или невыполнение обычной зубной гигиены, может привести к кариесу зубов, заболеваниям пародонта, воспалению десен или к декальцинации;
6. Съемные ортодонтические конструкции могут способствовать появлению дефектов речи. Любое изменение речи, вызванное использованием съемных ортодонтических конструкций, должно исчезнуть в течение нескольких недель;
7. Ношение съемных ортодонтических конструкций может временно увеличить слюнотечение или сухость во рту, а определенные медикаменты могут усилить этот эффект;
8. Зубы могут подвергаться шлифовке контактных поверхностей для создания дополнительного места для других зубов;
9. 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.

10. В случае неправильно сформированного десневого края, после завершения лечения могут появляться “черные треугольники”, требующие хирургической коррекции в будущем за отдельную плату;
11. Съёмные ортодонтические конструкции не могут перемещать зубные имплантаты;
12. Общее состояние, возраст, пол и использование медикаментов также может оказывать влияние на сроки и результаты ортодонтического лечения;
13. Состояние зубов, десен и кости челюсти может изменяться в процессе лечения съёмными ортодонтическими конструкциями;
14. 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;
15. Зубные коронки, могут быть смещены и требовать повторной цементировки или, в некоторых случаях, замены;
16. Короткие клинические коронки могут ухудшать ретенцию съёмных ортодонтических конструкций и снижать перемещения;
17. В процессе ортодонтического лечения может возникать резорбция корней зубов и кости;
18. В случае выраженной скученности и/или множественной потери зубов возрастает вероятность поломки изделия;
19. Ортодонтические приспособления или их части могут быть случайно проглочены;
20. В редких случаях могут возникать проблемы ВНЧС, что приводит к болям в суставах, головным и ушным болям;
21. Возможны аллергические реакции;
22. Зубы, не покрытые хотя бы частично съёмными ортодонтическими конструкциями, могут выдвигаться из зубной дуги.

**Мне разъяснены** правила ухода за съёмными ортодонтическими конструкциями – пластинами: 2 раза в день (утром - после сна и вечером - перед сном) чистить щеткой и зубной пастой, промывать под проточной водой. Особенно тщательно следует вычищать области винтов. Пластинку необходимо снимать во время приема пищи и активных занятий спортом. В это время она должна храниться в специальном контейнере, который выдал врач. **При возникновении перелома, трещин в съёмной ортодонтической конструкции необходимо прекратить ее использование и незамедлительно обратиться к врачу!**

**Я заявляю**, что изложил(а) врачу всю связанную со здоровьем своего ребенка 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 здоровья моего ребенка.

**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.

**Я ознакомлен(а)** с порядком 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 моему ребенку.**

**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

