



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

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.

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.

Лечение съемными ортодонтическими аппаратами представляет собой набор съёмных прозрачных капп, выполненных из тонкого пластика. Я понимаю, что для того, чтобы оптимально подобрать план лечения и приблизиться к желаемому результату, будет изготовлена компьютерная модель. Согласно составленному плану лечения изготавливается индивидуальный набор капп.

**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 общее количество индивидуальных капп, от которых будет зависеть продолжительность лечения, определяется каждым отдельным 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 щеткой и зубной нитью. По согласованию с врачом устанавливать следующую каппу каждые 2-3 недели. 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, тяги и аттачменты 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 и изготовлены дополнительные каппы.

**Показания к лечению съемными ортодонтическими аппаратами** (определяются врачом): Тремы и диастемы в зоне улыбки; начальные и средние стадии глубокого, перекрестного или медиального прикуса без серьезного искривления овала лица; скученность зубов, дистопия зубов. Открытый прикус вследствие вывиха челюсти или другой травмы.

**Противопоказания к лечению съемными ортодонтическими аппаратами** (определяются врачом):

Противопоказаниями могут быть: психические заболевания (включая бруксизм), плохой гигиенический уход, аллергические реакции (непереносимость материала), некомпенсированные сердечно-сосудистые заболевания и эндокринные заболевания, заболевания, связанные с патологией иммунной системы, заболевания костной системы, снижающие репарацию кости (остеопороз, остеонекроз и пр.). Кроме того, противопоказаниями являются любые воспаления полости рта, включая гингивит и стоматит в острой стадии; не вылеченный кариес и его осложнения, пародонтит и пародонтоз; не прорезавшиеся до конца зубы мудрости также могут стать противопоказанием к ношению элайнеров.

**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 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;
2. При смене капп может возникнуть дискомфорт и давление на зубы;
3. Могут быть травмированы десны, щеки и губы при начале лечения и при смене капп;
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 капп или невыполнение обычной зубной гигиены, может привести к кариесу зубов, заболеваниям пародонта, воспалению десен или к декальцинации;
6. Каппы могут способствовать появлению дефектов речи. Любое изменение речи, вызванное использованием капп, должно исчезнуть в течение нескольких недель;
7. Ношение капп может временно увеличить слюнотечение или сухость во рту, а определенные медикаменты могут усилить этот эффект;

8. Аттачменты могут быть установлены на один и более зубов во время лечения;
9. Зубы могут подвергаться шлифовке контактных поверхностей для создания дополнительного места для других зубов;
10. 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;
11. При лечении индивидуальными каппами могут потребоваться дополнительные ортопедические или ортодонтические конструкции;
12. В случае неправильно сформированного десневого края, после завершения лечения могут появляться “черные треугольники”, требующие хирургической коррекции в будущем за отдельную плату;
13. Каппы не могут перемещать зубные имплантаты;
14. Общее состояние, возраст, пол и использование медикаментов также может оказывать влияние на сроки и результаты ортодонтического лечения;
15. Состояние зубов, десен и кости челюсти может изменяться в процессе лечения каппами;
16. 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;
17. Зубные коронки, могут быть смещены и требовать повторной цементировки или, в некоторых случаях, замены;
18. Короткие клинические коронки могут ухудшать ретенцию капп и снижать перемещения;
19. В процессе ортодонтического лечения может возникать резорбция корней зубов и кости;
20. В случае выраженной скученности и/или множественной потери зубов возрастает вероятность поломки изделия;
21. Ортодонтические приспособления или их части могут быть случайно проглочены;
22. В редких случаях могут возникать проблемы ВНЧС, что приводит к болям в суставах, головным и ушным болям;
23. Возможны аллергические реакции;
24. Зубы, не покрытые хотя бы частично каппами, могут выдвигаться из зубной дуги.

**Мне разъяснены** правила ухода за каппами. В те моменты, когда необходимо снять каппы, нужно следить за тем, чтобы она находилась в специальном контейнере, выданным врачом, иначе ее легко повредить или сломать (хранение). **При возникновении перелома, трещин в каппе необходимо прекратить ее использование и незамедлительно обратиться к врачу!**

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

**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 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.



