

Информированное добровольное согласие на проведение ортодонтического лечения

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, добровольно даю согласие на проведение врачом-ортодонтом ООО «Томур» (URING
REGENERATION CLINIC) моему ребенку ортодонтического лечения.

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

Суть предстоящего медицинского вмешательства:

Ортодонтическое лечение проводится с целью восстановления жевательной мощности, профилактики патологических
изменений полости рта и устранения дефектов зубного ряда зубными аппаратами. Цели достигаются путем коррекции
положения зубов в зубных рядах, влияя, в том числе, на характер их смыкания (прикус).

Меня проинформировали о том, что ортодонтическое лечение состоит их 3-х этапов различных по времени:

- **Аппаратурное (активное) лечение** 1-3 года - лечение на брекет-системе, 0,5-2 года – лечение съёмными ортодонтическими аппаратами.

Выполнение активного периода лечения производится только после санации полости рта и проведения
рентгенологического контроля. Объем рентгенологического обследования определяется лечащим врачом. В некоторых
случаях по ортодонтическим показаниям необходимы хирургические вмешательства: удаление зубов, пластика уздечек
губ и языка, хирургическое обнажение ретинированного зуба, углубление преддверия полости рта, удаление зубов
мудрости и пр.

Ортодонтический аппарат – это инородное тело в полости рта, что сказывается на ощущениях пациента и требует
привыкания. Привыкание к съёмной ортодонтической конструкции требует большого терпения и времени, в среднем это
длится 1,5 – 2 месяца. Привыкание к несъёмной ортодонтической конструкции происходит в течение 10 – 14 дней. В это
время могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании
пищи, усиление слюноотделения, натирание слизистой оболочки губы и щеки, возможно изменения дикции, затруднения
приема пищи. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят.

Лечение съёмным ортодонтическим аппаратом связано с периодическим помещением и закреплением в полости рта
пластины (металлической, пластмассовой, комбинированной или иной). Лечение несъёмным ортодонтическим аппаратом
(брекет-система) связано с установлением с наружной или внутренней поверхности зубов дуги различного размера и
пружинящих устройств. Брекеты фиксируются специальным ортодонтическим клеем, на каждый зуб устанавливается
дуга и с этого момента начинается лечение. Врач контролирует ход лечения, проводя периодические осмотры, и при
необходимости проводит смену дуг и силовых элементов.

- **Закрепляющий (ретенционный) период**, который равен по времени периоду лечения. В этот период используется ретенционный аппарат.
- **Диспансерное наблюдение** - до полной фиксации всех достигнутых результатов, что может достигать до 5 лет. После окончания ортодонтического лечения необходимо выполнять все рекомендации врача, чтобы предотвратить рецидив.

Показания к ортодонтическому лечению (определяются врачом):

Показаниями могут быть: травматическая окклюзия, скелетные аномалии, изменения прикуса, отсутствие коренных
зубов (с профилактической целью у детей).

Противопоказания к ортодонтическому лечению (определяются врачом):

Противопоказаниями могут быть: выраженный пародонтит, психические заболевания (включая бруксизм), плохой
гигиенический уход, аллергические реакции (непереносимость металла), некомпенсированные сердечно-сосудистые
заболевания и эндокринные заболевания, связанные с патологией иммунной системы, заболевания костной
системы, снижающие репарацию кости (остеопороз, остеонекроз и пр.)

Альтернативные методы лечения: в зависимости от клинической ситуации могут включать в себя хирургическое и
ортопедическое лечение или их комбинацию: _____

Осложнения и риски ортодонтического лечения:

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

1. При лечении с применением ортодонтической аппаратуры 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 лекарственные препараты, металлические и пластмассовые
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 в месте фиксации ортодонтического аппарата, образование повышенной
хрупкости зубов и дефектов твердых тканей зуба.

5. Возможно развитие рецидива заболевания.

Дополнительная информация:

Особые указания:

1. Важность соблюдения гигиены полости рта и ортодонтических конструкций:

Мне разъяснили, что недостаточное проведение гигиенического ухода за полостью рта являются отягощающими факторами для достижения результата ортодонтического лечения. При несоблюдении правил гигиены полости рта возможно развитие воспалительных очагов инфекции в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба и мягкими тканями 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 снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при плохой гигиене полости рта (определяется индексом гигиены). В этом случае ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

2. Сложность определения итоговых сроков лечения:

Меня проинформировали о предполагаемых сроках лечения при согласовании плана лечения и определения вида ортопедической конструкции. 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 зубного аппарата, регулярного посещения врача для коррекции аппарата.

3. Необходимость аккуратного отношения к съемным ортодонтическим аппаратам.

Мне разъяснены правила ухода за съемными ортодонтическими конструкциями (чистка). В те моменты, когда необходимо снять пластинку, нужно следить за тем, чтобы она находилась в специальном контейнере, выданным врачом, иначе ее легко повредить или сломать (хранение).

4. Правила приема пищи при ношении ортодонтических аппаратов.

Во время лечения ортодонтическим аппаратом необходимо соблюдать правила приема пищи: отказаться от жесткой пищи, такой как орешки, сухари и т.п. Стараться не откусывать пищу, а резать ножом или отламывать. При несоблюдении правил приема пищи составные части брекет-системы, такие как брекеты, кольца, замки и т.п., могут отклеиваться и ломаться. Это может привести к удлинению сроков лечения и его удорожанию.

При возникновении перелома, трещин в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частей необходимо прекратить использование его съемных частей и незамедлительно обратиться к врачу!

Я заявляю, что изложил(а) врачу всю связанную со своим здоровьем информацию, все известные мне данные о состоянии своего здоровья (здоровья моего ребенка). 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.

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 (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.

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)

