

**Информированное добровольное согласие пациента на проведение стоматологического медицинского вмешательства в ООО «Центр стоматологии»:**

**Ортодонтическое лечение зубов.**

Этот документ в соответствии со ст. 20, 22, 23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, \_\_\_\_\_, обращаюсь в ООО «Центр стоматологии»  
(Ф.И.О. пациента/ законного представителя)  
для оказания мне/моему представляемому \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. представляемого)

стоматологической помощи. Этот документ подтверждает, что я ознакомился(лась) с предлагаемым планом лечения, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) отказаться от лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Доктор поставил мне (моему представляемому) следующий диагноз:

Мне известно, что вариантами стоматологического лечения являются следующие методики: **терапевтическое лечение** (лечение зубов с целью их сохранения), **хирургическое лечение** (комплекс мероприятий, направленных на сохранение зубов, а так же удаление зубов), **ортопедическое лечение** (восстановление целостности зубного ряда ортопедическими конструкциями), **пародонтологическое лечение** (лечение тканей, окружающих зуб и слизистой оболочки полости рта), **имплантация** (восстановление целостности зубного ряда искусственным корнем из высокотехнологичного материала - имплантатом), **ортодонтическое лечение** и **отсутствие лечения** как такового. В доступной форме я получил(а) информацию о том, что с учетом имеющейся у меня/моего представляемого клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений организма оптимальным, наиболее эффективным методом лечения с позиции медицинских показаний является ортодонтическое лечение.

Врач объяснил мне, что целью ортодонтического лечения является исправление и предупреждение нарушения положения зубов, аномалий прикуса, нормализация жевания и улучшение эстетики лица.

Мне объяснено в доступной форме, что в зависимости от конкретной клинической ситуации и возраста, ортодонтическое лечение может осуществляться посредством ношения съемных и несъемных ортодонтических аппаратов, и включает в себя следующие этапы: рентгеновские снимки (ОПТГ-панорамный, плоскостной снимок челюстей, КТ -компьютерная томограмма челюстей, ТРГ-телерентгенограмма головы), фотографирование, снятие слепков, диагностику, установку ортодонтического аппарата, его активацию, активный период лечения под врачебным контролем состояния аппарата и состояния зубочелюстной системы, снятии ортодонтического аппарата и период закрепления результата(ретенционный период).

Мне понятно, что ортодонтическое лечение не исключает других стоматологических манипуляций как перед лечением, так и в процессе ортодонтического лечения. Мероприятия по терапевтическому, пародонтологическому, ортопедическому и хирургическому лечению зубов могут быть обязательными условием для достижения необходимого положительного результата ортодонтического лечения.

Мне объяснено, что ортодонтическое лечение имеет противопоказания:

- Неудовлетворительная гигиена полости рта
- Выраженные воспалительные процессы зубочелюстной области
- Психические заболевания
- Аллергические заболевания в тяжелой форме
- Некоторые виды химиотерапии при онкологических заболеваниях

Врач доступно объяснил мне, что в редких случаях есть вероятность развития следующих обстоятельств/осложнений по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, как во время и так после ортодонтического лечения, а именно:

- возникновение кариеса зубов и его осложнений: пульпит, периодонтит;
- обострение хронических воспалительных заболеваний зубочелюстной системы(пульпит, периодонтит, пародонтит, гингивит и т.д.);
- сколы эмали, пломб, выпадение пломб в процессе ортодонтического лечения;
- сколы пломбы, откол стенки зуба/корня в процессе снятия брекетов
- перелом коронки/ корня ранее депульпированного зуба, зуба со вкладкой или штифтом.
- увеличение атрофии альвеолярного отростка челюсти, возникновение или усугубление рецессии десны;
- обнажение, повреждение корня зуба;
- резорбция корней зубов;
- невозможность перемещения зубов вследствие анатомических особенностей;
- подвижность зубов;
- выпадение зубов в связи с особенностями строения пародонта
- необходимость в удалении зубов по абсолютным медицинским показаниям
- боли в зубах и деснах;
- дисфункции височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц
- при наличии ретенированных зубов необходимость неоднократного хирургического вмешательства; невозможность его перемещения вследствие анкилоза, оголение корня ретенированного зуба, увеличение объема костной ткани вокруг зуба, неполноценность твердых тканей ретенированного зуба, невозможность установление ретенированного зуба в зубной ряд, рассасывание корня ретенированного зуба;
- Невозможность полного закрытия промежутков между зубами
- Нарушение функции речи
- отклеивание брекетов;
- травмирование губ, десен, языка и слизистой оболочки полости рта конструктивными ортодонтическими элементами;
- поломки ортодонтических аппаратов и их составных частей;
- аллергические реакции;
- Необходимость повторной установки имплантата
- Поломка ортодонтического аппарата и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт, вследствие нарушения рекомендаций врача и режима использования аппарата
- рецидивы аномалии или деформации отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы;

Данные обстоятельства способны повлиять на сроки (как в сторону уменьшения так и в сторону увеличения) и исход лечения, потребовать изменение плана лечения и стоимости лечения(как в сторону уменьшения так и в сторону увеличения).

Для предотвращения и ранней диагностики выше перечисленных осложнений необходимо соблюдение плана лечения, индивидуального графика осмотров и графика профессиональной гигиены, согласно рекомендациям врача, а так же придерживаться особых планов питания, исключающих возможность механического или термического повреждения аппаратуры( отказаться от употребления твердых, вязких, излишне холодных или горячих, красящих продуктов).

Мне подробно и понятно предоставлена информация об особенностях ухода за зубами **в ретенционный период** (после завершения ортодонтического лечения) и о необходимости использовать ретенционный аппарат(при стандартной схеме лечения) для закрепления результата лечения.

В зависимости от клинической ситуации подбирается определенный вид ретенционного аппарата и схема его ношения:

- несъемный ретейнер на верхнюю челюсть(проволочная шина на внутренней поверхности передних зубов)
- несъемный ретейнер на нижнюю челюсть(проволочная шина на внутренней поверхности передних зубов)
- съемный ретенционный аппарат в виде пластинки или капы на верхнюю челюсть или двучелюстной аппарат для ночного ношения
- съемная ретенционная капа на передние зубы нижней челюсти .

Врач доступно для моего понимания объяснил, что для закрепления результата лечения в моих интересах регулярное ношение ретенционного аппарата согласно установленному врачом режиму, осуществление тщательной гигиены ретейнеров, прохождение профессиональной чистки, согласно установленному врачом графику, своевременное обращение в клинику, при обнаружении нарушения целостности аппарата.

При нарушении режима ношения и ухода за ретенционными аппаратами могут возникнуть следующие осложнения:

- изменение положения зубов, что потребует изготовления нового ретенционного на платной основе по прейскуранту Исполнителя на момент оплаты;
- ухудшение эстетики улыбки и прикуса;
- возникновение кариеса и его осложнений;
- возникновение или обострение заболеваний десен.

Мне подробно разъяснено, что при наличии **гнатической(скелетной) формы аномалии прикуса**, лечение представляет большую сложность и может иметь несколько вариантов.

Доктор поставил мне/моему представляемому следующий диагноз:

- гнатическая форма дистального прикуса без значимого роста челюстей;
- гнатическая форма мезиального прикуса;
- гнатическая форма открытого прикуса без значимого роста челюстей;
- гнатическая форма перекрестного прикуса без значимого роста челюстей;
- гнатическая форма дистального при наличии значимого роста челюстей;

Мне доступно разъяснены варианты лечения данной аномалии с учетом моего/представляемого возраста и я согласен на проведение мне/моему представляемому:

- комбинированного лечения (с применением ортогнатической хирургии);
- лечение с применением дополнительных аппаратов(аппарат Гербста, твин-блок и т.д.) ;
- зубоальвеолярной компенсации аномалии прикуса;
- выравнивания зубов без коррекции неправильного прикуса;
- зубоальвеолярной компенсации открытого прикуса с применением микроимплантов;
- 

Я осведомлен(на), что в случае лечения **лингвальными(внутренними) брекетами** существует ряд особенностей и ограничений, в сравнение с лечением вестибулярными(наружными)брекетами, а именно:

- более длительный период привыкания
- более частые плановые визиты
- отклеивание брекетов, дискомфорт от дуги в связи с чем возникает необходимость в более частых внеплановых посещениях
- менее быстрое выравнивание зубного ряда, ухудшение положения отдельных зубов на первых этапах лечения, связанные с особенностями лингвальной техники
- дискомфорт, связанный с необходимостью разобщения смыкания зубов верхней и нижней челюстей на первом этапе лечения
- необходимость установки на наружных поверхностях зубов межчелюстных эластиков(резиночек) в середине и в конце лечения. Эластики и их крепления могут быть в некоторой степени заметны
- частые визиты на профессиональную чистку(не реже 1раза в 4 месяца)

Я информирован о том, что в случае **«раннего лечения»** (до прорезывания всех постоянных зубов) результат лечения не является окончательным и потребуются продолжение лечения по мере роста и окончания смены зубов.

«Раннее лечение» часто проводится съёмными ортодонтическими аппаратами и имеет некоторые ограничения и вероятность возникновения осложнений, по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, а именно:

- поломка аппарата с попаданием в дыхательные пути и желудочно-кишечный тракт;
- неконтролируемое изменение положения зубов, в случае нарушения режима ношения аппарата, что потребует изготовления нового аппарата на платной основе согласно действующему прейскуранту Исполнителя;

- необходимость снимать аппарат во время занятий активными видами спорта в т.ч. плаванием;
- возникновение кариеса и его осложнений;
- возникновение и обострение хронических воспалительных заболеваний десен;
- аллергические реакции на материал аппарата;
- появление или увеличение подвижности зубов, обусловленное нарушением рекомендованного режима ношения аппарата

Доктор доступно для моего понимания объяснил, что ортодонтическое лечение является длительным и может продолжаться до трех лет и более, что связано с индивидуальными особенностями зубочелюстной системы пациента, его индивидуальными физиологическими особенностями и степени сложности аномалии. Что ожидаемый результат может не совпадать с полученным результатом и точно предсказать его невозможно, в связи с тем, что специфика данной медицинской услуги предполагает вмешательство в биологические процессы, не контролируемые в 100% случаев волей человека и не изученные окончательно современной медицинской наукой.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен (а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность на протяжении всего срока и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений. Рентгенография детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Мне сообщено, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях: движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.) необходимо выполнение повторного рентгеновского снимка. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок.

Для практически здоровых лиц годовая эффективная доза при проведении профилактических медицинских рентгенологических процедур и научных исследований не должна превышать 1 мЗв (1000μЗв).

1 обследование КТ - 80μЗв, ОПТГ- 80μЗв, RVG(прицельный)- до 12μЗв.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского специалиста, участие которого в моем/моего представляемого лечении будет необходимо. Я понимаю, что невозможно точно установить сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека, и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания медицинской помощи.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего/моего представляемого организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я информирован, что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей/моего представляемого стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого ортодонтического лечения.

Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною/моим представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня/моего представляемого во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на ортодонтическое лечение и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии( указанное в Положении о гарантиях), которые обязуюсь соблюдать.

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом, являющимся приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг и неотъемлемой частью амбулаторной карты (ф.043У).

**Примечание:** согласие на проведение стоматологического вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет (16 лет для страдающих наркоманией), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных.

Факт законности представительства интересов \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. представляемого)

подтвержден: \_\_\_\_\_  
(документ представителя)

Подпись врача:

Подпись пациента/ представителя:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Пациент (законный представитель пациента) имеет право собственноручно вносить в текст данного информированного согласия дополнения, связанные с его правом на добровольность такового.