# информированное добровольное согласие НА

**ортопедическое лечение**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

до проведения ортопедического лечения (протезирования зубов), получил (а) от врача информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Врач обосновал необходимость проведения ортопедического лечения и ознакомил с наиболее рациональным планом протезирования и подготовительных мероприятий.

Меня также ознакомили с альтернативными вариантами лечения (в том числе отказом от протезирования) и их последствиями. Последствиями отказа от протезирования зубов, могут быть: перелом зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой, после проведенного эндодонтического лечения); прогрессирование деформации десен и костной ткани (зубоальвеолярных деформаций); дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение речеобразования; утрата зубов; прогрессирование заболеваний тканей, окружающих зубы (в том числе, изменение положения зубов); заболевания жевательных мышц, височно-нижнечелюстного сустава, тройничного нерва; появление или обострение общесоматических заболеваний

Врач понятно объяснил необходимость строго следовать этапам протезирования, а также соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу. Эти условия необходимы для уменьшения вероятности переделки ортопедической конструкции.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования: ортопантомограмма, компьютерная томограмма челюстей, прицельный снимок зубов, консультации стоматологов иного профиля и врачей общего медицинской профиля.

Я предупрежден, что во время адаптационного периода протез (ортопедическая конструкция), установленная мне, может вызвать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти, натирание слизистой оболочки губ и щек, нарушение речеобразования и другие дискомфортные явления. Мне известно, что адаптационный период в среднем может длиться от 1 до 4 недель. При невыполнении рекомендаций ношения ортопедической конструкции и несвоевременном обращении с жалобой к лечащему врачу деньги за конструкцию, к которой я не смог привыкнуть, не возвращаются. Я предупрежден(а), что при прерывании ортопедического лечения (или частичном протезировании) функционирование уже изготовленных конструкций не может полностью компенсировать жевательную функцию и эффективность и сроки службы протеза уменьшаются.

Я понимаю, что возможно возникновение необходимости через некоторое время проводить коррекцию либо переделку протеза (по ситуации) по причинам, не зависящим от работы врача, по обусловленным неизбежными изменениями в полости рта, а именно: опущение и изменение формы десны, атрофия костной ткани челюсти, стираемость поверхности зубов (время коррекции или переделки протеза зависит от скорости изменений в полости рта конкретного человека), связанные с возрастными изменениями организма.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Мне названы и со мной согласованы: технология, методы и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения; стоимость отдельных этапов и лечения в целом.

При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

Я проинформирован(а), что:

- при проведении местного обезболивания (анестезии), обработки (обтачивания) зубов, снятия слепков (оттисков), использования специальных материалов и препаратов, возможно проявление следующих реакций: аллергическая реакции (в т. ч. на используемые материалы), онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи. Данные симптомы проходят самостоятельно в период адаптации или подлежат коррекции врачом, а в отдельных случаях, устраняются с помощью кратковременного приема лекарственных препаратов, назначенных врачом.

- при наличии в полости рта металлических протезов, пломб из амальгамы, в связи с присутствием разнородных металлов, могут возникнуть: чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта. Для предотвращения этих явлений, необходимо заменить устаревшие конструкции на современные, соответствующие условиям и достижениям современной медицины.

- при снятии старых ортопедических конструкций: перелом опорного зуба, повреждения мягких тканей полости рта;

-при получении оттисков: рвотный рефлекс, асфиксия материала, экстракция зубов с патологической подвижностью, расцементировка старых конструкций;

- при наличии заболеваний височно-нижнечелюстных суставов, других расстройств движения и функции мышц (психомиофункциональных), может возникнуть затрудненное привыкание (адаптация) к зубным протезам, появление тошноты, нарушение функций речи, жевания, глотания. Данные симптомы проходят при выполнении рекомендаций врача и корректирующих мероприятий, в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

В случае необходимости применения обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию о процедуре (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.). При проведении анестезии, может быть, отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, тризм (ограниченное открывание рта). Я понимаю, что гигиенический уход за полостью рта, при наличии ортопедических конструкций (зубных протезов), должен быть более тщательным, а контрольные и профилактические осмотры, профессиональная гигиена полости рта регулярными (не реже одного раза в полгода, если иное не назначено врачом).

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы, информация была донесена до меня в понятной и доступной форме

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Беседу провел врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись лечащего врача Фамилия И. О.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.