

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В соответствии со статьей 20 Федерального закона 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие.

Этот документ свидетельствует о том, что я, {ФамилияИмяОтчество}, информирован(а) о предстоящем ортопедическом стоматологическом лечении, и что я согласен(сна) с предложенными мне условиями его проведения. Я соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач-стоматолог _____

и/или другой специалист, работающий вместе с ним. Я был(а) информирован(а) и понимаю цель ортопедического стоматологического лечения. Я понимаю, что в зависимости от имеющихся у меня заболеваний в полости рта будут выбраны **один или несколько видов лечения** по медицинским показаниям последовательно в порядке быстрой достижения выздоровления (улучшения состояния): санация очагов хронической инфекции, реставрация имеющихся зубов и замещение отсутствующих зубов.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация:

1. О сути лечения – восстановление отсутствующих зубов, сохранение имеющихся зубов, восстановление функции жевания, исправление зубочелюстных деформаций, коррекция прикуса, эстетики улыбки, _____

1.1. Диагноз (показания к протезированию): _____

1.2. Допустимость уточнения диагноза (показаний к протезированию) в процессе лечения.

1.3. Индивидуальный рекомендованный план ортопедического лечения и подготовки к нему.

1.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

1.5. Возможные альтернативные варианты протезирования.

1.6. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана протезирования или при частичном его выполнении, а именно:

- преждевременное нарушение целостности изготовленных протезов,
- перелом зуба (корня) при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения;
- развитие очагов воспаления при отказе от эндодонтической ревизии ранее депульпированных зубов;
- скрытые переломы корней при протезировании зубов, рекомендованных к удалению и сохраняемых в полости рта по настоянию пациента;
- прогрессирование зубоальвеолярных деформаций;
- дальнейшее снижение эффективности жевания;
- ухудшение эстетики;
- нарушение функций речи;
- прогрессирование заболеваний пародонта;
- быстрая утрата зубов остаточного прикуса;
- заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава;
- заболевания желудочно-кишечного тракта;
- нейропатология.

1.7. Возможные осложнения на разных этапах протезирования:

- возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, болезненность и кровоизлияние в месте укола, гематома мягких тканей, стойкая потеря чувствительности, снижение внимания, аллергические реакции. Тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше. Непроизвольное прикусывание щек и языка.
- после одонтопрепарирования витального зуба может возникнуть повышенная чувствительность ко всем температурным и химическим раздражителям и развиваться пульпит;
- аллергические реакции, которые невозможно было предсказать заранее. Непереносимость отдельных вспомогательных материалов (слепочные массы, индивидуальные ложки) и материалов для протезирования (пластмассы, металлы)
- при снятии старых ортопедических конструкций переломы ранее установленных протезов, коронок,
- переломы опорных зубов, выпадение ранее установленных пломб.
- расцементировку временных или постоянных несъемных конструкций при затрудненных условиях их фиксации (плохое открывание рта, дальнейшее расположение зубов, отсутствие клинических коронок).
- в течение всего срока службы ортопедической конструкции возможно развитие осложнений в виде рецессии участка десны, атрофии альвеолярного гребня, пульпита (у витального зуба), периодонтита, образования кист, формирования зубодесневого кармана, разрушение культи зуба и ее перелом;
- при получении оттисков: позывы на рвоту, аспирация (заглатывание) слюны или слепочной массы,
- самопроизвольное удаление зубов с патологической степенью подвижности, а также
- самопроизвольное снятие ранее зацементированных ортопедических конструкций в случае их плохой фиксации.

1.8. Необходимость через некоторое время проводить коррекцию либо повторное изготовление протеза (исходя из ситуации) по причинам, не зависящим от работы врача, но обусловленным неизбежными изменениями в полости рта, а именно:

- опущение и изменение формы десны, атрофия костной ткани челюсти, стираемость поверхности зубов, прогрессирование заболеваний десен, связочного аппарата зуба, разрушение опорных зубов вследствие прогрессирования кариеса, перелома, трещин корней зубов.

Сроки возможных коррекций или переделки протеза зависят от скорости возникновения изменений в полости рта у конкретного человека и являются строго индивидуальным параметром.

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях на выполняемую работу:

- на протезирование съемными конструкциями гарантия 1 год с момента установки конструкции в полость рта, если иного не установлено врачом соответствующей записью в медицинской карте. Если протезирование съемным протезом проводилось впервые, то через 6 месяцев после сдачи конструкции показано проведение перебазировки для компенсации атрофии альвеолярного гребня;
- на протезирование несъемными цельнометаллическими или металлокерамическими конструкциями (коронки, мостовидные протезы и т.д.) гарантия 1 год с момента установки конструкции в полость рта, если иного не установлено врачом соответствующей записью в медицинской карте;
- на протезирование несъемными цельнокерамическими конструкциями (виниры, вкладки, коронки и т.д.) гарантия 1 год с момента установки конструкции в полость рта, если иного не установлено врачом соответствующей записью в медицинской карте;
- на несъемные конструкции с опорой на имплантаты (коронки, мостовидные протезы) гарантия 1 года с момента установки конструкции в полость рта, если иного не установлено врачом соответствующей записью в медицинской карте.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения,
- этапы лечения
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения сроки и стоимость могут быть откорректированы в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть при планировании лечения. Врач предупредит меня о возможном изменении стоимости и обоснует это. Мне известно, что оплата производится двумя частями: половина суммы оплачивается после снятия слепков, вторая половина – при установке ортопедической конструкции пациенту.

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является строгое следование этапам протезирования, соблюдение сроков между этапами и выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:

- ортопантомограмма, прицельный компьютерный снимок, трехмерная компьютерная томограмма;
- диагностика в артикуляторе;
- консультация стоматолога(ов) иного профиля;
- консультация врача (ей) общего медицинского профиля;
- аллергологические пробы.

Так же я предупрежден о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения. Я имел возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил на них удовлетворяющие меня ответы и на основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства врачом клиники.

Я понимаю, что общие заболевания, а также использование медикаментов могут влиять на ход и результат лечения и обязуюсь сообщить о них лечащему врачу.

Я информирован(а) и понимаю, что в случае непредвиденного ухудшения состояния здоровья, связанного с общим заболеванием; при возникновении каких-либо осложнений, прямо или косвенно связанных с выполнением медицинских услуг, я должен(а) сразу предоставить об этом информацию в клинику.

Я понимаю и согласен(а) с тем, что в связи с индивидуальной анатомией и реакцией моего организма, возможно расхождение с первоначально определенным планом лечения, изменение видов манипуляций и, соответственно, изменение ранее оговоренной стоимости лечения как в большую, так и в меньшую сторону.

В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, я даю согласие на изменение характера лечения, проведение срочных диагностических, лечебных и организационных мероприятий, направленных на немедленное устранение всех болезненных состояний независимо от степени их тяжести в рамках общепринятой медицинской практики.

Я информирован(а) и согласен(а) со стоимостью предложенного мне лечения.

Я удостоверяю своей подписью, что действительно полностью и внимательно прочел(а) и понял(а) содержание этого документа и даю согласие на ортопедическое лечение с учетом вышеперечисленных обстоятельств.

{ТекущаяДатаПолная} _____ / _____
(ФИО пациента) (подпись)

Прочитано, понято и подписано Пациентом в моем присутствии. _____ / _____
(ФИО врача) (подпись)

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства. _____ / _____
(ФИО врача) (подпись)

Пациент отказался от проведения медицинского вмешательства. _____ / _____

(ФИО врача)

(подпись)

{ТекущаяДатаПолная}