**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**:

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ

С ПРИМЕНЕНИЕМ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЛИ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ.

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО пациента, либо законного представителя, соглашаюсь с медицински вмешательством:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

пациенту\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительном падеже.

Я соглашаюсь с тем, что лечение дисфункции височно- нижнечелюстных суставов будет проводить врач-стоматолог

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и / или другой специалист, работающий вместе с ним.

Согласно проведенным диагностическим исследованиям, я информирован(а) и понимаю цели и задачи данного стоматологического лечения. Мне разъяснены все этапы лечения, дана полная информация по каждому параметру исследования (ТРГ, компьютерная томограмма, диагностические модели, электромиография, гнатография, сонография). Я полностью понимаю всю информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение медицинского вмешательства. Мне разъяснена цель данного лечения, которое может иметь несколько этапов. Я понимаю, что целью данного лечения будет фиксация оптимального соотношения челюстей, восстановление вертикальных пропорций лица и создание условий для заживления и восстановления структурных тканей височно- нижнечелюстных суставов (диска, связок, хряща, головок нижней челюсти), восстановить функциональную рабочую длину мышц. Я полностью осознаю, что процесс лечения длительный и может занять от одного года до трех лет, его продолжительность будет зависеть от той степени повреждения суставных тканей челюсти, с которыми я обратился(лась), от моего общего состояния организма, положения шейных, грудных и поясничных позвонков, от индивидуальных особенностей, работы эндокринной системы и реактивности тканей организма. Мне понятна информация, что человеческое тело является закрытой кинетической системой и любые изменения ведут к линейным изменениям всего тела.

Я понимаю, что прикус и положение головы влияет на всю осанку, а также стопы, кости таза и грудного отдела влияют на прикус и положение головы и работу височно- нижнечелюстных суставов. Мне полностью понятна информация, что кости черепа диктуют положение суставных головок нижней челюсти и успех лечения зависит от черепного баланса. Если имеются травматические поражения черепных костей со смещением верхней челюсти, височных или других костей, и как следствие, нарушение работы, височно-нижнечелюстных суставов со смещением суставных дисков, а так же разрывов внутрисуставных связок, то лечение может иметь сомнительный прогноз и может понадобиться хирургическое вмешательство. Я проинформирован(а) и понимаю, что одним из этапов лечения может быть коррекция положения верхней челюсти и ее зубного ряда. Развитие в сагитальной или поперечной плоскостях, а также создание дополнительного объема для зубов нижней челюсти. Часто требуется проведение коррекции положения отдельных зубов. Иногда при стертых зубных поверхностях требуется моделирование формы зубов для контроля вертикальной высоты окклюзии. Все этапы моего плана лечения мне разъяснены и понятны. Я проинформирован(а), что на отдельных этапах лечения могут потребоваться дополнительные исследования (МРТ, КТ, ТРГ, анализ моделей в артикуляторе). Мне понятен план лечения, который является предварительным, так как после каждого этапа лечения возможна его корректировка, как в сторону повышения, так и понижения стоимости. Я это понимаю, потому что, это зависит от состояния моего здоровья и особенностей организма. Мне показаны и понятны аппараты для коррекции положения и размеров челюстей, лечения челюстных суставов (Pull Forward, ортотик нейромышечный, ALF, пластины с винтом Бертони, сагиттальные аппараты и так далее), которые будут изготовлены в любом случае.

 Я информирован(а) и согласен(а) выполнять врачебные назначения. Я знаю, что я должен(а) быть готова к дискомфорту при ношении аппаратов, особенно в первый месяц, возможным болевым ощущениям от температурных раздражителей и при надавливании на зубы, а также возможно появление эрозивных поверхностей на слизистой оболочке губ, щек, десны. Возможно в первый месяц ношения аппаратов легкая дизлексия, которая проходит по мере привыкания мышц языка и щек к новому положению челюстей. Возможна отечность слизистой оболочки и мягких тканей лица, оголения корней зубов на границе с внутриротовым аппаратом. В некоторых случаях возможно изменение конфигурации мягких тканей лица, что часто сопровождается физиологическим фейслифтингом, при ношении аппаратов появление щелей между зубами и легкая подвижность зубов. Во время активации аппаратов возможны эпиряды головной боли или напряжения мышц лица и челюстных суставов, чувство сжатия зубов. Все дискомфортные явления проходят по мере привыкания мышц. Я должен(а) сообщить лечащему врачу о беспокоящих меня симптомах и провести мероприятие по минимизации дискомфорта. Я проинформирован(а) и понимаю, что в случае если я отношусь к пациентам, которые страдают бруксизмом и не могут контролировать сильное сжимание челюстей (в том числе бессознательно, во сне) – у меня возможны сколы и расцементировка существующих керамических конструкций, ортотика и других аппартов.

Я информирован(а) и понимаю, что *для сохранения функции и достижения длительности терапевтического эффекта и профилактики ухудшения состояния* **мне необходимо:**

 - тщательно соблюдать индивидуальную гигиену полости рта, чистить зубы 2 раза в день после приема пищи (после завтрака и после ужина, после обеда возможно полоскание полости рта водой); пользоваться ультразвуковой зубной щеткой, флосом и ирригатором. Нарушение мной правил индивидуальной гигиены полости рта может повлечь за собой возникновение вторичного кариеса под ортопедическими конструкциями, а также осложнения воспалительного характера – гингивит и пародонтит, которые, в свою очередь, могут привести к изменению внешнего вида и устойчивости ортопедических конструкций

 - исключить из употребления в пищу особенно твердые продукты, а также избавиться от некоторых вредных привычек, которые могут механически повредить ортопедические конструкции и другие реставрации зубов (например, не грызть семечки, орехи, кости, откусывать нитки и т.п.)

 - в случае занятий активными видами спорта,а также при бруксизме и привычке сжимать зубы требуется изготовление специальной защитной каппы для ношения во время занятий спортом или ночью.

 - регулярное проведение профессиональной гигиены полости рта в условиях стоматологической клиники с частотой не реже 3-6 месяцев (частоту определяет доктор в зависимости от индивидуальной клинической картины состояния полости рта ). При несоблюдении мной графика профилактической гигиены гарантии на лечение аннулируются.Я обязуюсь выполнять все назначения врача в течение всего периода лечения.

 /

Я информирован(а) о том, что **последствиями отказа** от данного вида лечения могут быть: перелом зубов, дальнейшее стирание зубов и уменьшение эффективности жевания, прогрессирование заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава и его симптомов, прогрессирование зубо-альвеолярных деформаций, изменение контуров лица, ухудшение эстетики, прогрессирование заболеваний пародонта, и, возможно, постепенная утрата оставшихся зубов. Японимаю, что ортопедическое лечение – это сложный и многоэтапный комплекс мероприятий, направленных на нормализацию функционального и эстетического состояния всей зубочелюстно-лицевой системы и организма в целом и первый этап всегда является лечебно- диагностическим. Я понимаю, что динамика лечения может быть в нескольких вариантах: «стало лучше» , «стало хуже», «ничего не изменилось».Таким образом, корректируется первоначальный план лечения и эта диагностическая информация имеет большую ценность в понимании прогноза лечения. 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 Дентал Спа». Я согласен(а) со стоимостью предложенного мне плана лечения, стоимость некоторых этапов будет обсуждаться по итогам завершения текущего этапа. 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.

Я удостоверяю своей подписью, что действительно полностью и внимательно прочел(а) и понял(а) содержание данного Соглашения и даю согласие на лечение ортодонтичскими или ортопедическими съемными (несъемными) конструкциями с учетом выше перечисленных обстоятельств. Я разрешаю использовать мои фото- и прочие материалы и информацию о моем лечении моему доктору для лечебной, образовательной и научно-исследовательской деятельности.. Я разрешаю сообщать полученную от меня и связанную моим стоматологическим состоянием информацию родственникам и лицам, оплачивающим мое лечение, другому врачу- консультанту или иному персоналу клиники в целях успешного и скорейшего лечения моего заболевания и при условии соблюдения ими врачебной тайны .

 «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись фамилия

 Пациент прочел, понял и расписался в моем присутствии. Доктор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись фамилия