**Информированное добровольное согласие пациента на проведение**

**стоматологического**

**Ортопедического лечение.**

*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,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. пациента, законного представителя)

обращаюсь в ООО «Дентал Спа» для оказания мне/моему представляемому \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

( Ф.И.О. представляемого, число, месяц, год рождения)

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) либо отказаться от лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Доктор поставил мне (моему представляемому) следующий диагноз:

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

(заполняется врачом)

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**, **пародонтологическое лечение** (лечение тканей, окружающих зуб и слизистой оболочки полости рта), **имплантация(**восстановление целостности зубного ряда искусственным корнем из высокотехнологичного материала - имплантатом), **ортодонтическое лечение**(исправление и предупреждение нарушения положения зубов и аномалий прикуса.) и **отсутствие лечения** как такового.

В доступной форме я получил(а) информацию о том, что с учетом имеющейся у меня клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений организма оптимальным, наиболее эффективным методом лечения с позиции медицинских показаний является ортопедическое лечение.

Врач объяснил мне, что целью ортопедического лечения является полное (или достаточное) восстановление эффективности зубочелюстной системы искусственными конструкциями; восстановление жевательной функции отдельных зубов, зубных рядов; нормализация смыкания зубов; профилактика дальнейшего нарушения функции жевательного аппарата; восстановление функций речи и глотания; лечение и профилактика функциональной перегрузки височно – нижнечелюстных суставов; устранение эстетических недостатков зубочелюстной системы.

Мне объяснено в доступной форме, что в зависимости от конкретной клинической ситуации, возраста, стадии патологического процесса индивидуально подбираются варианты ортопедического лечения, такие как:

протезирование одиночными коронками (цельнолитые, цельнокерамические, металлокерамические и т.д.)

протезирование мостовидными протезами (цельнолитые, цельнокерамические, металлокерамическиеи т.д.)

протезирование на имплантатах;

частичные съемные протезы(пластинчатые, бюгельные и т.д.);

полные съемные протезы;

вкладки, виниры;

и др.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае могут иметь меньший клинический успех (меньшую длительность службы протеза; худшие эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; возможное ухудшение здоровья тканей пародонта и дальнейшее нарушение функции жевательного аппарата, рецидивы деструктивных процессов зубочелюстной системы в целом).

Врач подробно и доступно объяснил мне, что для покрытия зубов ортопедическими конструкциями проводится процедура их механического препарирования (снятия слоя твердых тканей зубов),которая является необратимой. С использованием специального слепочного материала снимается оттиск зубов и изготавливаются модели челюстей. Модель передается в техническую лабораторию. В следующие посещения, кратность которых зависит от сложности и объема работы, последовательно производится: примерка искусственных конструкций, подбор цвета, фиксация на временный(по показаниям) или постоянный цемент.

В доступной для моего понимания форме врач объяснил, что для восстановления зубов (зубных рядов) искусственными ортопедическими конструкциями по абсолютным медицинским показаниям может потребоваться депульпирование- удаление нерва из интактного(здорового) зуба в случаях:

изменения положения опорного зуба или зуба антагониста (выраженный наклон, выдвижение), близкого расположении пульпы(нерва) к эмали в силу индивидуальных анатомических особенностей.

Также меня уведомили, что наиболее предпочтительным для здоровья и долгосрочного прогноза, является покрытие зубов искусственными ортопедическими конструкциями без предварительного депульпирования опорных зубов. Я понимаю, что в этом случае (в случае сохранения жизнеспособности пульпы опорного зуба) существует риск развития, по независящим от действия врача и правильности проведения манипуляций: причинам, как в процессе протезирования так и после покрытия зуба ортопедической конструкцией, следующих процессов:

воспаление пульпы зуба; развитие воспалительного процесса в тканях вокруг корня опорного зуба.

Я информирован, что в этом случае за дополнительную плату согласно прейскуранту и

«Положению о гарантиях» Исполнителя будет проведено лечение корневых каналов.

Мне понятно, что в случае, если зуб уже покрыт ортопедической конструкцией, лечение каналов может осуществляться только после снятия ортопедической конструкции. В этом случае, после проведенного лечения каналов, возникает необходимость изготовления новой ортопедической конструкции, согласно действующему прейскуранту и «Положению о гарантиях» Исполнителя.

Так же доступно для меня врач объяснил, что в случае снятия ортопедической конструкции существует вероятность возникновения во время процедуры по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, следующих обстоятельств:

чувство дискомфорта и болезненность; травма слизистой полости рта;

скол, трещина, откол части или всей пломбы на соседних зубах, что по абсолютным медицинским показаниям потребует лечения/восстановления по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях;

скол и(или)выпадение пломбы, перелом коронки, зуба, с которого снимается конструкция, что по абсолютным медицинским показаниям потребует восстановления пломбировочным материалом или опорной конструкцией по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях;

раскол, трещина, перелом корня зуба, с которого снимается конструкция, что по абсолютным медицинским показаниям потребует удаления зуба по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях;

скол облицовочных элементов ортопедической конструкции, что потребует её коррекции согласно Положению о гарантиях Исполните;

необратимое повреждение, поломка ортопедической конструкции, что по абсолютным

медицинским показаниям потребует её полной замены по действующему прейскуранту

Исполнителя согласно Положению о гарантиях.

Я понимаю, что по абсолютным медицинским показаниям в случаях наличия воспалительного процесса в корневых каналах и(или) хронических изменений в тканях вокруг корня зуба необходимо лечение и (или) перелечивание ранее запломбированных корневых каналов опорного зуба(ов).

Мне понятно, что ортопедическое лечение не исключает других стоматологических манипуляций как перед протезированием, так и в процессе ортопедического лечения. Мероприятия по терапевтическому, пародонтологическому, ортодонтическому и хирургическому лечению зубов, а так же имплантация могут быть обязательными условием для достижения необходимого положительного результата ортопедического лечения.

При использовании ортопедического метода стоматологического лечения имеется вероятность возникновения непредвиденных обстоятельств, в связи с тем, что специфика медицинской услуги предполагает вмешательство в биологические процессы, не контролируемые в 100% случаев волей человека и не изученные окончательно современной медицинской наукой.

Я информирован (а) , что в крайне редких случаях, во время проведения ортопедических

манипуляций и после, по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, возможно возникновение таких обстоятельств как:

необходимость лечения корневых каналов при обработке зуба под искусственную коронку;

необходимость удаления зуба с сомнительным или неблагоприятным прогнозом лечения(сложная анатомия каналов, выраженные очаги деструкции костной ткани и т.д.);

удаление зуба вследствие выраженного поражения коронки зуба и(или) корня кариозным

процессом, в результате чего невозможно создать благоприятные условия для адекватной фиксации протеза;

необходимость лечения(перелечивания) корневых каналов зуба, покрытого коронкой, вследствие развития воспалительных изменений в каналах и тканях, окружающих зуб, что потребует снятия или переделки ортопедической конструкции

удаление зуба в результате его травматического раскола установленной опорной конструкцией;

возникновение стойких расстройств в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания;

другие психомиофункциональные расстройства;

поломка протеза при наличии патологии височно – нижнечелюстных суставов;

появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов искусственных

конструкций; невралгии;

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

Я уведомлен, о возможных конструктивных, эстетических и функциональных особенностях искусственных ортопедических конструкций, не относящихся к существенным недостаткам оказанных услуг и не независящих от врача и правильности проведенных манипуляций, таких как:

застревание пищи;

наличие шахт для доступа к винтам;

наличие видимых элементов фиксации съемных протезов(замки, кнопки, кламмера) и

металлических частей коронок;

отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций;

отсутствие чувствительности к сжатию зубов;

изменение всех видов чувствительности при перекрывании частями протеза слизистой оболочки полости рта;

необходимость применения специальных средств для лучшей фиксации съемных протезов;

неудобство при жевании;

изменение дикции;

многократные примерки и коррекции протезов в процессе и после их изготовления, необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата протезирования;

раскручивание винта, фиксирующего ортопедическую конструкцию на имплантатах;

нарушение фиксации постоянных и временных конструкций;

снижение качества фиксации съемного протеза в процессе эксплуатации из-за естественного физического износа элементов фиксации, что потребует активации или замены фиксирующих элементов.

Я уведомлен, что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволютивных (возрастных) процессов, возникает необходимость коррекции либо переделки ортопедической конструкции.

Я уведомлен(а) о необходимости перебазировки съемных протезов в процессе их эксплуатации не реже 1 раза в 6 месяцев.

Врач предупредил меня, что **при съемном протезировании** протезы зубов не фиксируются постоянно в полости рта и требуют специального ухода (указываются в Памятке) и существует вероятность повреждения протеза, при неаккуратном с ним обращении.

Лечащий врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, важность соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также необходимость полного восстановления целостности зубных рядов.

Последствиями отказа от протезирования могут быть:

прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением

окружающей кости;

перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного

эндодонтического лечения; вторичные деформации зубных рядов;

снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики и нарушение функции речи;

прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата оставшихся зубов;

прогрессирующую убыль костной ткани в области отсутствующих и рядом стоящих зубов, что в дальнейшем может потребовать манипуляций по восстановлению костной ткани. повышенная стираемость зубов;

нарушение пропорций лица и другие эстетические нарушения или изменения;

заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейромышечная патология.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантомограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведениипериодических контрольных осмотров**.**

Я понимаю что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления осложнений и не достижения  цели лечения по не зависящим от врача причинам.

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, 1 радиовизиографический снимок RVG(прицельный) - до 12μЗв.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов). Эффект «заморозки» (обозболивания) сохраняется  от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида и объема анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение данного анестезиологического медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечнососудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода в виде летального.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске местной анестезии, включая возможные осложнения: аллергические реакции организма на медикаментозные препараты; обморок, коллапс, шок; отек Квинке, анафилактический шок; травматизация нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности,

невритами; невралгии и постинъекционные гематомами.

Введение раствора проводится при помощи иглы, что может сопровождаться травмой мягких тканей и может вызвать кровотечение и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограниченное открывание рта.

Все перечисленные явления могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. Мне разъяснено, что обезболивание может быть затруднено при выраженном стрессе, в области воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

При этом я информирован(а), что в ряде случаев проведение медицинского вмешательства без обезболивания невозможны. Я понимаю, что при моем отказе от использования необходимой анестезии, у врача не будет возможности предоставить требуемую услугу. В этом случае он не будет иметь возможности, обеспечить безопасность услуги и обеспечить реализацию права пациента на гуманное отношения при оказании медицинской помощи (ч.5. ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», ст. 7 ФЗ №2300-1 «О защите прав потребителей»).

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и в настоящее время. **Подписанием этого документа я выражаю своё согласие на их проведение рентгенологического исследования.**

Я информирован о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных

обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности: подробный сбор анамнеза,

проведение манипуляций с учетом моих(представляемого) анатомо-топографических особенностей. Я информирован, что клиника оснащена всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи.

Высокий процент успешности проведения ортопедического лечения (более 90%) не исключает определенный процент (5-10%) неудач ортопедического лечения, что может потребовать проведения коррекции или полной переделки ортопедической конструкции.

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 стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого терапевтического 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 (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня(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 терапевтическое лечение и

ознакомлен(а) с условиями предоставлении гарантии( Положение о гарантиях), которые обязуюсь соблюдать.

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом, являющимся приложением к Договоруна 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 нарокманией), 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\_\_