

Информированное добровольное согласие
на ортодонтическое лечение несъемным аппаратом

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(Ф.И.О. пациента либо законного представителя пациента – полностью, год рождения)

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____

являюсь законным представителем _____

ФИО несовершеннолетнего пациента

_____, дата рождения Пациента: _____

добровольно обращаюсь за медицинской помощью, предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии здоровья пациента и соглашаюсь на проведение ортодонтического лечения несъемным аппаратом:

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

Я в доступной и понятной мне форме информирован/а/ врачом о результатах предварительного осмотра, получил/а/ сведения о результатах диагностического исследования, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания

Мне разъяснено, что рекомендованное ортодонтическое лечение - это медицинское вмешательство, которое своей целью имеет лечение и профилактику зубочелюстных патологий, в том числе исправление прикуса, а также проводится в эстетических целях и является эффективным способом устранения дефектов и аномалий положения отдельных зубов, зубных рядов, прикуса.

Несъемные внутриротовые ортодонтические аппараты - эти аппараты применяются для перемещения зубов в различных направлениях (вертикальном, мезиодистальном, щечно-язычном), расширения зубных рядов, расширения верхней челюсти и перемещения нижней. Для фиксации аппаратов на зубах применяются коронки, кольца и специальные замковые крепления (брекеты), которые укрепляются композитными материалами.

В зависимости от источника нагрузок различают аппараты механического, функционального и ретенционного действия. Действующей частью несъемных механических аппаратов являются лигатура, пружины различных модификаций, часть базиса с винтом; в функциональных аппаратах – наклонная плоскость, накусочная площадка и другие элементы; ретенционные аппараты используются в случаях, когда нужно удержать зубы на своем месте. К опорно-фиксирующим элементам относятся детали в виде колец, коронок и кап. Вспомогательные элементы несъемных ортодонтических аппаратов - это крючки, штанги, трубки и касательные направляющие.

С помощью несъемных аппаратов можно изменить расположение корней зубов в вестибулооральном и мезиодистальном направлениях и достичь их корпусного перемещения.

Несъемные ортодонтические аппараты применяют, как правило, после окончания формирования корней опорных зубов.

Я информирован/а/, что практически все виды несъемных аппаратов могут «натирать» слизистую оболочку полости рта и нуждаются в дополнительной коррекции после их наложения. Такие коррекции могут быть в течение всего периода лечения.

Показания к ортодонтическому лечению:

- нарушения прикуса;
- расширение, сужение челюсти;
- неравномерные темпы роста и развития челюстей;
- удлинение зубного ряда;
- смещение, неправильное положение зубов;
- некоторые виды нарушения прикуса у взрослых;
- ретенционный период после проведенного лечения.

Последствиями отказа от ортодонтического лечения могут быть:

- кариес, перелом зуба (ов);
- поражение опорного аппарата зубов (пародонта), проявляющееся воспалением околозубных тканей, припухлостями, болями, инфекцией, абсцедированием, подвижностью зубов и их последующей потерей;
- прогрессирование зубочелюстных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, появление промежутков между зубами;
- неполноценное функционирование зубочелюстной системы и, как следствие, преждевременная потеря зубов и/или костной ткани;
- нарушения в деятельности жевательных мышц, боли;

- поражение височно-нижнечелюстного сустава с нарушением его функции и болевым синдромом;
- нарушение функции жевания, дыхания, речи.
- косметические, эстетические, а в связи с ними и психоэмоциональные проблемы, вызванные «неправильным» соотношением челюстей, зубов и зубных рядов

Я был(а) информирован(а) лечащим врачом о том, что ортодонтическое лечение состоит из следующих этапов:

- 1. Диагностический этап:** осмотр, специальная фотография, снятие слепков челюстей, антропометрический анализ моделей челюстей, рентгенографическое исследование, расчёт конструкции аппарата, составление плана лечения. **Я предупрежден,** что для успешного лечения некоторых зубочелюстных аномалий, в частности «скупченности зубов», необходимо создание дополнительного пространства за счет **удаления некоторых зубов**, аппарации апроксимальных поверхностей зубов до 0,3 мм с каждой стороны.
- 2. Подготовительный этап:** санация полости рта, включая фторирование, снятие зубного камня, лечение больных зубов. При необходимости проводятся хирургические манипуляции, включая удаление зубов.
- 3. Основной (лечебный) этап:** изготовление аппарата(ов), фиксация аппарата, регулярное наблюдение и коррекция. **Мне в доступной форме было разъяснено и понятно, что** длительность этого этапа варьируется от 0,5 года до 5 лет. Чаще 1,5-2 года. Функциональные нарушения требуют дополнительной подготовки.
- 4. Ретенционный этап:** стабилизация результатов лечения. В качестве ретенционного аппарата возможно использование собственно ортодонтического аппарата, а также возможно изготовление нового съемного или несъемного, одно- или двухчелюстного. Такие аппараты изготавливаются по типу описанных выше ортодонтических аппаратов. Так же возможно применение на этом этапе некоторых видов временного шинирования зубов. Длительность этого этапа составляет от нескольких лет (1 -2 года) и неограниченный период. Активное наблюдение с аппаратом составляет 3-5 лет

Противопоказаниями к ортодонтическому лечению являются: наличие у пациента острых и хронических воспалительных заболеваний зубочелюстной системы, отсутствие санации полости рта, психические и некоторые неврологические заболевания, некоторые виды аллергических реакций.

Мне разъяснено и понятно, что для предотвращения заболеваний пародонта, височно-нижнечелюстного сустава, переломов ортодонтического аппарата и многих других осложнений необходимо особо точное определение правильного контакта зубов-антагонистов при всех движениях нижней челюсти. Для этого бывает необходима ВЗАИМНАЯ пришлифовка верхних и нижних зубов, как своих, так и искусственных, что может привести к необходимости их депульпирования.

Я информирован(а), что необходимо строго следовать этапам лечения, соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу. Хотя предложенное лечение поможет мне сохранить стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что ортодонтическое лечение является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, так как невозможно устранить все причины, приведшие к патологии. Даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли идеально ровные зубы).

Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением в моем внешнем виде, субъективна, поэтому чисто эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не может быть основанием для предъявления претензий. Я уведомлен(а) о том, что большинство аномалий и деформаций зубных рядов носят не изолированный характер, а связаны со значительными изменениями лицевого скелета в целом. Впоследствии этого, а также индивидуальных различий пациентов, существует риск неудачи, рецидива (повтора) заболевания, избирательного повторного лечения, несмотря на обеспеченное им качественное лечение.

Я уведомлен(а) о том, что будут необходимы систематический контроль, коррекция гигиены полости рта и профилактическое наблюдение. **Я понимаю, что в случае нарушения рекомендаций врача, графиков профилактического осмотра и курсов профессиональной чистки зубов, возможно ухудшение стоматологического здоровья, ответственность за которые ложится на меня.**

Денежные средства, уплаченные за конструкцию надлежащего качества, к ношению которой Пациент не может привыкнуть, возвращены не будут вследствие отсутствия вины Исполнителя, в невозможности Пациента приспособиться к ношению такой конструкции.

Я информирован(а), что альтернативными методами лечения в детском возрасте является коррекция функций, борьба с вредными привычками. Во взрослом возрасте возможны различные виды съемного и несъемного протезирования, включая имплантацию зубов.

Я предупрежден(а) врачом о том, что осложнением означенного лечения могут быть: очаговая деминерализация тканей зуба, откол эмали, травматический периодонтит, вывих зуба, гингивит, травмы и гиперпластические изменения слизистой оболочки, контактная аллергия, резорбция корней зубов и костной ткани, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, рецидив аномалии.

Так же в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятии оттисков, корректировки прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи, изменение внешнего вида лица и улыбки, фонетики, постепенное ослабление фиксации ортодонтической конструкции, ее деформация и перелом. Также возможна повышенная чувствительность зубов после их пришлифовки.

При наличии психомонофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к аппаратам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломки протезов.

Я предупрежден(а) о поведении в период амбулаторного лечения, мной получены и поняты рекомендации врача о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры и исследования.

Мне разъяснено, кроме того, что лечебные процедуры могут быть прерваны врачом или отменены из-за их неадекватной плохой переносимости моим организмом, из-за недостаточной исходной подготовленности организма к этим процедурам или при отсутствии положительного результата воздействия. По тем же причинам врачом могут быть заменены лекарственные препараты.

Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершенном лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к стоматологической клинике.

Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны нештатные ситуации разного рода, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я даю согласие на медицинское вмешательство и ортодонтическое лечение несъемным аппаратом на предложенных условиях.

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Беседу провел врач _____ / _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент согласился на медицинское вмешательство _____ (подпись)

Пациент отказался от медицинского вмешательства _____ (подпись)