

## **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.),

в соответствии с требованиями ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне следующих медицинских услуг: *ортопедическое лечение дефектов коронок зубов, частичного отсутствия зубов, либо полного отсутствия зубов (нужное подчеркнуть).*

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.

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Я получил (а) подробные разъяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и понимаю, что при проведении лечебных манипуляций при ортопедическом лечении, включая анестезию и прием лекарственных средств существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений: под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола; снижение внимания; аллергические реакции, обморок, коллапс, шок, травматизация нервных окончаний и сосудов, проявляющаяся потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами; при приеме анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения: аллергические реакции; изменение витаминно-иммунологического баланса; нарушение состава кишечной микрофлоры; при снятии старых ортопедических конструкций: перелом опорного зуба, повреждения мягких тканей полости рта; при получении отгисков: рвотный рефлекс, асфиксия материала, экстракция зубов с патологической подвижностью, расцементировка старых конструкций, аллергическая реакция на конструктивные материалы и анестетики; после постановки протезов: перелом конструкций при ненадлежащем использовании, появление трещин, сколов облицовочного материала, расцементировка конструкций нестабильность цвета конструкций на основе полимерных материалов, стирание зубов антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в опорных зубах.

Мне разъяснена необходимость строго следовать этапам протезирования (плана лечения), соблюдать сроки и последовательность их проведения.

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 отгиск зубов (челюстей или зубных рядов) 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. Составление графика профилактических осмотров!

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, выдвигание), 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 Клиники 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 проведения другого лечения каналов, возникает необходимость изготовления новой ортопедической конструкции, согласно действующему прейскуранту Клиники.

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 Клиники; 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 Клиники; раскол, трещина, перелом корня зуба, с которого снимается конструкция, что по абсолютным медицинским показаниям потребует удаления зуба по действующему прейскуранту Клиники; скол облицовочных элементов ортопедической конструкции, что потребует её коррекции; необратимое повреждение, поломка ортопедической конструкции, что по абсолютным медицинским показаниям потребует её полной замены по действующему прейскуранту Клиники.

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 перелчки 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 зависящих 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 и неравномерной атрофии альвеолярного отростка челюсти, что потребует активации или замены фиксирующих элементов (перебазировки протеза).

Я уведомлен, что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания involutive (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 с оплатой по действующему прейскуранту Клиники.

Врач предупредил меня, что при съемном протезировании протезы зубов не фиксируются постоянно в полости рта и требуют специального ухода 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.

В отдельных сложных случаях по просьбе пациента протезирование с опорой на зубы, леченые с диагнозом **периодонтит, околокорневая киста, межкорневая резорбция кости** или другой периапикальной патологией, а также на зубы, леченные ранее в других клиниках по поводу аналогичных заболеваний, на зубы с **кариесом корня**, может производиться условно, т.е. **без гарантированного положительного** результата. На такие случаи гарантия не распространяется, деньги не возвращаются и не учитываются при последующем лечении.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского специалиста, участие которого в моем 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 необходимость и даю согласие на проведение рентгенологического контроля (ортопантограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до операции, после операции и во время проведения контрольных осмотров. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу. Я даю согласие на фотографирование моего лица и зубных рядов при оказании мне медицинских услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью клиники. Я разрешаю использовать фотографии моих зубов и полости рта без указания моего имени и фамилии.

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.

Я проинформирован(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии в прошлом и в настоящем времени, обо всех имеющихся у меня стоматологических и общих системных заболеваниях, а также о принимаемых лекарственных препаратах, и предупрежден(а) о возможности возникновения аллергической реакции на некоторые стоматологические материалы, применяемые для изготовления зубных протезов (металлы, пластмассы, оттисковые массы, пломбирочные цементы и др.). Мне понятно, что в случаях ухудшения самочувствия, возникновения болевых ощущений в зоне оперативного вмешательства я обязан(а) поставить в известность лечащего врача.

Я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и зубными протезами, а так же обязуюсь приходить на контрольные профилактические осмотры в соответствии с установленным планом лечения. **Я согласен получать напоминание о профилактических осмотрах по смс на мой личный телефон.**

Я согласен(а), что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с действительным результатом и понимаю, что при сроке гарантии на зубные протезы в соответствии с Положением о гарантиях Клиники, никто не может гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом.

Я получил(а) полную информацию о гарантийных сроках и ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден(а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача прекращает гарантийные обязательства медицинской организации перед Заказчиком (пациентом), а также может повлечь за собой не достижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно **соглашаюсь** на медицинское вмешательство.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, имеющихся у меня хронических заболеваний, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я получил(а) подробные разъяснения по поводу моего заболевания, осведомлен(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: \_\_\_\_\_  
(указать какие, если имеются исключения).

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен(а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением: \_\_\_\_\_  
(указать какие, если имеются исключения).

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств: 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 7. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам:

Фамилия, инициалы и подпись пациента: \_\_\_\_\_ Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 г.

Фамилия, инициалы и подпись врача: \_\_\_\_\_ Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 г.

