

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
«Съемные ортопедические конструкции»**

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 _____
Ф.И.О. несовершеннолетнего пациента _____,
дата рождения Пациента: _____

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологическую клинику в объеме и в соответствии с планом лечения.

Предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, всех необходимых диагностических исследований и мероприятий, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины состояния полости рта и назначения предварительного плана лечения и для возможности врача согласовать этот план со мной.

Я получил/а/ подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения. Я понимаю, что результатом протезирования является установка искусственных зубов вместо утраченных для обеспечения жевания пищи и эстетической целостности зубных рядов.

Мне понятны: план проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и план самого протезирования, возможность применения альтернативных вариантов протезирования, в том числе протезирование несъемными конструкциями и протезирование на имплантатах, которые, в моем случае, будут иметь иной клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа).

Мне разъяснено, что ортопедическое лечение условно съёмными, съёмными и комбинированными протезами конструкциями - это медицинское вмешательство, которое своей целью имеет восстановление анатомической целостности зубных рядов путем изготовления зубного протеза, обеспечивающего восстановление анатомической формы зубов с учетом его цвета и оттенков, а так же адекватное распределение нагрузки за счет восстановления контактов с зубами-антагонистами. Такими зубными протезами обычно замещается значительный дефект зубного ряда, когда на челюсти отсутствует большая часть или все зубы. Однако в некоторых случаях съёмные протезы изготавливают для небольших дефектов зубного ряда. Протезы данной категории бывают:

1. **Пластиночные съёмные протезы** (частичные и полные)- представляют собой пластмассовое основание (базис) с закрепленными в нем зубными коронками. Базис изготавливается из акриловых пластмасс. В стоматологической деятельности применяются также **съёмные протезы из нейлона, полиуретана, силикона и т.п.** По способу фиксации, их можно поделить на: протезы с функциональной присасываемостью (**протезы на присосках**), протезы на кламмерах (на крючках).
2. **Бюгельные протезы** (с замковым, кламерным или телескопическим креплением) -представляют собой металлическую дугу (в переводе с немецкого «бюгель» как раз и означает «дуга»), на которой закреплены пластмассовое десневое основание и зубные коронки.
3. **Условно-съёмные протезы**, как правило, используются при потере одного жевательного зуба. Такой протез может закрепляться на соседних опорных зубах с помощью металлических лапок. Опорные элементы такого протеза могут приклеиваться к зубу или фиксироваться с помощью светоотверждаемых цементов. Такой протез пациенту снимать не нужно, поэтому он и называется условно-съёмным. Для осуществления условно-съёмного протезирования также используют разборные конструкции имплантатов. Данный вид протезирования показан в случаях, когда протез опирается только на имплантаты. Условно-съёмные протезы могут быть: металлокерамическими или металлоакриловыми, с десневой маской или без нее крепятся к имплантатам специальными винтами. **При этом необходимо периодическое (не реже, чем 1 раз в 3 месяца) снятие всей конструкции для проведения плановых гигиенических процедур.**

4. Комбинированные протезы - представляет собой протез, состоящий из элементов частей съёмного и несъёмного протезирования. К таковым относятся съёмные пластиночные протезы, прикрепляемые к имплантатам с помощью замковых креплений, специальных балок и тд.

Выбирая данную конструкцию протеза, я соглашаюсь на присущие ей вероятные недостатки в виде необходимости времени для привыкания к протезам, возможном постоянном чувстве дискомфорта и неудобства при использовании протеза, образования потертостей на слизистой оболочке полости рта, необходимости периодических коррекций протезов, ухудшения со временем фиксации и стабилизации протеза в полости рта, необходимости перебазировки протеза, которые будут бесплатно устранены только в период гарантийного срока.

Выбирая данную конструкцию протеза, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и недостатки и возможные неудобства при пользовании протезом.

Мне разъяснено и понятно, что ортопедическое лечение может быть дополнено лечением с использованием капп (релаксирующие, спортивные, при бруксизме).

Мне разъяснено и понятно, что могут использоваться следующие виды капп:

Каппа релаксирующая - это специальная **каппа**, позволяющая расслабить мышцы и устранить чувство напряжения в жевательных мышцах. **Каппа** предотвратит дальнейшее стирание зубов.

Каппа спортивная – это приспособление из гибкой пластмассы, надеваемое на зубы с целью защиты от спортивных травм.

Каппа при бруксизме. Бруксизм (bruxismus; греч. bruchō скрежетать зубами) - это периодически возникающие во сне приступообразные сокращения жевательных мышц, сопровождающееся сжатием челюстей и скрежетом зубов. Выбор лечения зависит от того, что именно явилось причиной данной проблемы.

В зависимости от степени повреждения зубов может быть предложен следующий вариант лечения: надевать на время сна специальное устройство. Такая каппа, изготовленная стоматологом по форме и размеру зубов, надевается на верхние зубы и предохраняет их от трения о нижние зубы.

Мне разъяснено и понятно, что каппа при бруксизме помогает справиться с бруксизмом (скрежетанием зубов), но она от него не излечивает.

Мне разъяснено и понятно, что лечение с использованием капп требует регулярного ношения капп.

Я соглашаюсь с тем, что при съёмном протезировании протезы зубов не фиксируются постоянно в полости рта, а возможность извлечения (снятия) протеза из ротовой полости и его нахождение вне ротовой полости может приводить к повреждению протеза, требует специального ухода за протезом (меры ухода указываются дополнительно в Памятке).

Последствиями отказа от протезирования могут быть:

- перелом зуба, при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения,
- прогрессирующее зубоальвеолярных деформаций,
- дальнейшее снижение эффективности жевания,
- ухудшение эстетики, нарушение функции речи,
- прогрессирующее заболевания пародонта,
- быстрая утрата зубов остаточного прикуса,
- заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава,
- общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я соглашаюсь с тем, что при протезировании есть необходимость обтачивания зубов (препарирования эмали тонким слоем) для установки коронок на опорные зубы, виниров, креплений систем фиксации съёмного протезирования.

Я соглашаюсь с тем, что для опоры протеза необходимо провести депульпирование (удаление нервов, при этом зуб становится неживым, но успешно выполняет функцию опоры протеза) и пломбирование корней зубов.

Я понимаю необходимость строго следовать этапам протезирования и соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Мне понятно, что в зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает, и это может приводить к их разрушению. Поэтому я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами, а так же обязуюсь приходить на контрольные осмотры в соответствии с рекомендациями врача.

Я знаю, что в качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы только здоровые или качественно приготовленные (пролеченные) зубы и ткани пародонта, а так же извещен/а/ о необходимости рентгенологического исследования.

Я понимаю, что если я настаиваю на использовании в качестве опоры протеза зубов с некачественными пломбированными корневыми каналами, с очагами деструкции в области верхушки корня, с заболеванием пародонта и другими отклонениями от нормы (которые не удалось устранить в процессе лечения), то возрастает риск обострения заболевания зуба и ухудшения его состояния, что может привести к удалению зуба и зубного протеза. Настаивая на вышеуказанном, я беру на себя риск возникновения осложнений в опорных зубах и соглашаюсь с установлением гарантийного срока и срока службы на протезирование, равным каждый.

Я информирован(а), что практически все вышеуказанные виды протезов нуждаются в дополнительной коррекции после их наложения. Обычно для таких коррекций требуется не менее 3-4 посещения. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование,

является своего рода вмешательством в биологический организм и как любое медицинское вмешательство не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому, через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я информирован(а), что альтернативными методами лечения является восстановление разрушенного зуба пломбами (с укрепляющими штифтами и без), различного вида вкладками и накладками. Возможно восстановление утраченных зубов съёмными, условно съёмными и комбинированными протезами, а так же отсутствие протезирования вообще.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства: 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 протезов, их деформация, перелом, трещины или скол облицовочного материала. Также возможна повышенная чувствительность зубов после их шлифовки, а иногда и изменения вкусовых и температурных ощущений.

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) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениями. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраниться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных и наркотических веществ.

Я информирован/а/ о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен/а/ на их проведение.

Я проинформировал/а/ лечащего врача обо всех случаях аллергии к применяемым при протезировании материалам и лекарственным средствам в прошлом в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Мне понятно, что существует вероятность возникновения непереносимости (аллергической реакции) на материалы, используемые при протезировании (пластмасса, металл и прочие составляющие применяемых при протезировании материалов). Поэтому при возникновении аллергической реакции и невозможности пользования протезами и их снятии, я соглашаюсь считать **медицинские услуги по протезированию зубов выполненными надлежащего качества, при этом стоимость оказанных услуг не возвращается.**

Я соглашаюсь с тем, что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятие оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания, жевания и речи.

Я соглашаюсь с тем, что во время эксплуатации надлежащим образом изготовленных и установленных протезов (особенно при пережевывании и откусывании с силой), есть вероятность возникновения переломов протезов, трещин и отколов облицовочного материала, изменение цвета, стирание зубов антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в опорных зубах и др.

Я соглашаюсь с тем, что при наличии патологии височно – нижнечелюстных суставов и других психомофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, поломки протеза.

Я информирован/а/ о том, что в случае изготовления бугельного протеза на телескопической фиксации с использованием вторичных телескопических колпачков, необходимо производить платную замену вторичных гальванических колпачков в связи со снижением качества фиксации из-за физического износа фрикционных частей. Такую замену необходимо производить один раз в 2 года в том случае, если первичная (несъемная) часть изготовлена из сплавов драгоценных металлов. В случае изготовления первичного колпачка из неблагородных сплавов, которые отличаются повышенной твердостью, физический износ гальванического колпачка происходит быстрее. Я соглашаюсь с тем, что после истечения гарантийного срока, замена колпачков будет платной.

Я соглашаюсь с тем, что при протезировании с использованием бюгельного протеза на опорных зубах будут видны фиксирующие элементы (замки).

Я соглашаюсь с тем, что невозможно гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом.

Я соглашаюсь с тем, что при использовании протезов возможны дискомфортные ощущения в ротовой полости, привыкание к которым требует времени и, при необходимости, процедур коррекции. Я соглашаюсь с тем, что в редких случаях, даже после неоднократных коррекций протезов, возможна ситуация, когда пациенту не удастся привыкнуть к протезам вследствие возникновения субъективных дискомфортных ощущений во время пользования протезами, поэтому соглашаюсь с тем, что возникновение непривыкания к протезам не является

существенным недостатком протезирования, так как основано на субъективных ощущениях взаимодействия слизистой и органов ротовой полости с инородным материалом, независящих от способов и материалов протезирования.

Я получил/а/ полную информацию о гарантийных обязательствах на ортопедическое лечение и зубные протезы, об условиях предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь прав на гарантию.

Я соглашаюсь соблюдать рекомендации врача по использованию зубных протезов, в том числе изложенных в Памятке. Я понимаю, что при невыполнении рекомендаций, в том числе пережевывании грубой и твердой пищи, возможна возникновение осложнений и дефектов протезов, в том числе поломка протеза и его попадание его частей в пищеварительный тракт и дыхательные пути.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

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

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

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 лечение 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)