

**Информированное добровольное согласие
на ортодонтическое лечение съёмным 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 _____ Ф.И.О. 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 съёмным 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.

Внутриротовая съёмная ортодонтическая аппаратура представляет собой изготовленную в зуботехнической лаборатории пластмассовую пластинку, закрепляемую на зубах пациента и снабжённую крепежными и направляющими элементами и **бывает следующих видов: Двучелюстная, Одночелюстная, Внеротовые аппараты.**

1. Одночелюстные — для результативности лечения требуют 20-24 часового ношения в сутки. Пластиночные аппараты на верхнюю или нижнюю челюсть. Эти аппараты применяют для расширения зубного ряда, для выведения зубов в правильную позицию.

2. Двучелюстные — применяются в период активного роста челюстей. Действие аппарата основано на воздействии в зонах роста челюстей, меняется конфигурация альвеолярных отростков (костной ткани, в которой располагаются корни зубов). Некоторые виды двучелюстных аппаратов могут непосредственно изменять положение зубов, но это второстепенная задача. Двучелюстные аппараты предназначены для ношения в ночное время суток.

3. Внеротовые аппараты – это особый вид лечебных приспособлений, имеющих в своей конструкции следующие составные части: специальные дуговые металлические элементы, которые закрепляются в отверстия на ортодонтических кольцах, предварительно фиксированных на моляры верхней челюсти, а также давящие эластические силовые модули. Силовые элементы и скрепляющие их части крепятся к лицу пациента (шее, теменно-затылочной области, лбу). Лицевые дуговые части можно снимать. Механизм действия: вытяжение верхней челюсти вперед; изменение вертикального соотношения передних зубов.

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

Выделяют три группы аппаратов:

- профилактические – призваны нормализовать рост зубов и темпы развития челюстей у детей;
- лечебные – необходимы для коррекции прикуса одной или обеих челюстей;
- ретенционные – требуются для поддержания полученного результата лечения.

Ортодонтическое лечение съёмными аппаратами позволяет изменить прикус и положение зубов, а также форму и положение челюстей. В детской ортодонтической стоматологии позволяют корректировать темпы роста челюстей и зубов. У взрослых дает возможность исправлять незначительные дефекты прикуса. Кроме того, у взрослых съёмные аппараты могут входить в состав комплексного подхода при коррекции сложных патологий.

Изготавливаются съёмные аппараты по индивидуальным оттискам, а затем укрепляются в полости рта с помощью кламмеров (удерживающие, стреловидные, перекидные) — особых пружин из металла. В случае, если назначение пластинок преследует цели изменения зубной дуги и коррекцию челюсти, в конструкцию также включаются пружины и винты, оказывающие равномерное давление на структуры челюстей для их последовательной корректировки. При применении съёмных ортодонтических аппаратов раздражение может передаваться не только на зубы, но и на костную ткань челюсти.

Показания к ортодонтическому лечению съёмными аппаратами:

- нарушения прикуса у детей до 13 лет;
- расширение, сужение челюсти;
- неравномерные темпы роста и развития челюстей;
- удлинение зубного ряда;
- смещение, неправильное положение зубов;
- некоторые виды нарушения прикуса у взрослых;
- лечение брекетами (съёмные аппараты выступают как дополнение);
- 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 «скученности 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. Результативность лечения с помощью съёмных аппаратов напрямую зависит от сознательности пациента, регулярности ношения и соблюдения всех рекомендаций лечащего врача.
4. **Ретенционный этап:** стабилизация результатов лечения. В качестве ретенционного аппарата возможно использование собственно ортодонтического аппарата, а также возможно изготовление нового съёмного или несъёмного, одно- или двучелюстного. 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 несколько лет (1 -2 года) и зависит от степени его необходимости. Активное наблюдение с аппаратом составляет 3-5 лет.

Первое время после установки аппарата возможен некоторый дискомфорт, изменение дикции, повышенное слюноотделение. В большинстве случаев все эти побочные явления проходят через 2-3 дня, восстановление дикции может затянуться до двух недель.

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 шлифовка 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, снятия 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 психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к аппаратам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок 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 - ортодонтическое лечение съемным 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)