

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
«Ортодонтическое лечение с помощью брекет-системы».**

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 в стоматологическую клинику, 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 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, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, обоснование необходимости лечения, методах лечения, связанных с вмешательством рисках.

Я информирован/а/ о предполагаемом плане лечения, существующих утверждённых методиках лечения, используемых лекарственных препаратах; мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.

Я осведомлен/а/, что в процессе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость изменения назначенного первоначально лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также необходимость назначения дополнительных исследований и процедур, которые мне будет необходимо пройти в процессе лечения.

Все указанные изменения и дополнения будут назначаться мне заблаговременно и разъясняться.

Мне была предоставлена следующая информация:

Брекет-система является самой распространенной технологией ортодонтического лечения, которая позволяет нормализовать положение зубов и скорректировать неправильный прикус практически любой сложности.

Ортодонтическое лечение может способствовать сохранению здоровья зубов и созданию красивой улыбки, тем не менее, оно имеет ограничения и потенциальные риски, которые необходимо учитывать перед принятием решения о начале лечения. Многие из них могут возникнуть и без лечения, но при использовании ортодонтических устройств риск их возникновения и развития выше.

Предсказуемые факторы, которые могут повлиять на исход ортодонтического лечения:

- невыполнение рекомендаций и назначений специалистов Клиники, пропуски посещений (осмотров) могут не только удлинить время лечения, но и негативно сказаться на окончательном результате.
- плохая гигиена полости рта во время ношения аппаратуры, употребление пищи со значительным содержанием сахара увеличивает риск развития кариеса, пародонтита и декальцификации зубов (возникновения белых точек).
- ношение эластичной тяги (силы, которые прикладываются к зубам для того, чтобы переместить их в правильное положение). Продолжительность и аккуратность их ношения влияет на результат лечения. Четко следуйте рекомендациям врача-ортодонта.

Непредсказуемые факторы, которые могут повлиять на исход ортодонтического лечения:

- сосание пальца, прикусывание губы, прокладывание языка между зубами во время глотания и другие вредные привычки являются причиной формирования большинства зубочелюстных аномалий.

Сотрудничество с врачом, желание избавиться от вредной привычки и выполнение всех рекомендаций врача-ортодонта служат залогом успешного лечения. В противном случае, вредные привычки могут препятствовать движению зубов в правильное положение или вызвать возвращение зубов в прежнее положение после снятия брекет-системы.

- необычная форма лицевого скелета, недостаточный или избыточный рост лица могут повлиять на результаты лечения и вызвать перемещение зубов после снятия аппаратуры. В таких ситуациях может быть рекомендована помощь челюстно-лицевого хирурга.
- зубы имеют тенденцию смещаться как после окончания лечения, так и после периода ретенции (период, связанный с необходимостью укрепить зубы в новом для них положении). Наиболее частыми примерами являются повороты и скученность нижних передних зубов или возникновение незначительной щели между зубами на стороне удаления или между верхними центральными резцами. Для стабилизации достигнутого результата необходимо более длительное ношение несъемных и (или) съемных ретейнеров (иногда пожизненное), о чем Вас обязательно уведомит врач-ортодонт.
- Проблемы в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), благодаря которому движется нижняя челюсть, проявляющиеся болями в области самого сустава, головными болями и (или) затруднением при жевании до, во время или после ортодонтического лечения. Подобное состояние может быть вызвано неправильным положением зубов, прикуса или бессимптомно существовавших до начала лечения нарушений ВНЧС. Для улучшения ситуации в суставе врачом может быть рекомендовано избирательное шлифование (сглаживание или изменение формы зуба) или другое специальное лечение.
- ретенированные (непрорезавшиеся, неспособные прорезаться самостоятельно) зубы. Иногда выдвинуть ретенированный зуб не представляется возможным в связи со строением корня зуба или костной ткани вокруг него. Так же при выдвигании иногда возникают факторы, которые могут привести к подвижности таких зубов, частичному возврату в их исходное положение или даже к потере.
- рассасывание корней. Во время ортодонтического лечения, когда зубы перемещаются, происходит уменьшение длины корней (рассасывание). Незначительное уменьшение длины корней зубов обычно не дает оснований для беспокойства. Значительное рассасывание корней может ухудшить долгосрочный прогноз, увеличивая возможность преждевременной потери зуба. К подобному состоянию могут привести травмы, нарушения прорезывания, эндокринные заболевания, наследственная предрасположенность некоторых пациентов к таким проявлениям.
- состояние ранее травмированного (повреждённого ударом или мертвого по другой причине) зуба по прошествии какого-то периода времени может естественным образом ухудшиться вне связи с ортодонтическим лечением. Зуб становится более хрупким, может измениться в цвете. В таком случае потребуется дополнительное эндодонтическое (лечение корневых каналов) или ортопедическое восстановление (протезирование).
- заболевания десен. Воспаление десен может начаться как до начала лечения, так и развиваться во время него. Во время лечения воспалительный процесс может усилиться, приводя к потере костной ткани вокруг зубов. Также особенности типа десны могут приводить к появлению рецессии десен (обнажение корней). Качественная чистка зубов в домашних условиях и регулярное проведение комплекса профилактических процедур врачом помогут держать ситуацию под контролем.
- необычные происшествия. Поломки и проглатывание аппаратуры, сколы зубов, микротрещины, смещение реставрации.

Я предупрежден(на), что в ходе лечения возможно следующее:

- ортодонтический аппарат может натирать или царапать слизистую губ и щёк в течение первых 2–3 недель после начала лечения или при поломках и смещении элементов аппаратуры;
- для достижения желаемого результата может потребоваться удаление отдельных зубов, протезирование, замена пломб до и/или после ортодонтического лечения;
- активацию съемных аппаратов и несъемной техники необходимо производить строго в сроки, указанные лечащим врачом;
- для закрепления результата лечения необходимо носить ретенционный аппарат, в противном случае может развиваться рецидив аномалии прикуса.

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. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого медицинский центр не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу и медицинскому центру.

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 незавершённом 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 понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен/а/ с тем, какие могут возникнуть осложнения.

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)