

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
«Несъемные 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, 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 ознакомлен/а/ с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и планом самого протезирования, с возможными альтернативными вариантами протезирования, в том числе протезировании съемными конструкциями и протезированием 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 несъемными конструкциями (коронки и мостовидные протезы) – это медицинское вмешательство, которое своей целью имеет восстановление анатомической целостности зубных рядов путем изготовления зубного протеза, обеспечивающего восстановление анатомической формы зуба с учетом его цвета и оттенков, а так же адекватное распределение нагрузки за счет восстановления контактов с зубами-антагонистами.

Коронка стоматологическая – ортопедическая конструкция, покрывающая коронковую часть зуба или имплантата или отдельно взятую часть поверхности зуба. Используется для восстановления дефектов зубов, которые не подлежат менее инвазивному лечению (пломба, вкладка), для изменения формы, положения (ротация, дистопия) и цвета зубов, а так же для покрытия коронковой части зубного имплантата.

Мостовидный протез – это разновидность несъемных стоматологических протезов, применяется для замещения включенных дефектов зубных рядов. Он применяется в случаях, когда разрушено несколько идущих подряд зубов, поэтому такой протез может крепиться на отстоящие друг от друга здоровые зубы или зубные имплантаты.

Мне разъяснено и понятно, что зубные коронки и мосты могут изготавливаться из различных материалов:

1. Металлические: сплавы золота, нержавеющей сталь, титановые сплавы, кобальтохромовые сплавы (КХС), серебрено-палладиевые сплавы (СПС).
2. Неметаллические: керамические и пластмассовые.
3. Комбинированные (облицованные): металлокерамические и металлопластмассовые.

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

Последствиями отказа от протезирования могут быть:

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

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

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 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.

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.

Лечащий врач понятно мне объяснил технологию и этапы изготовления и установки протезов. Со мной согласован план лечения и я соглашаюсь с тем, что до начала протезирования невозможно гарантировать отсутствие возникновения редких, но возможных особенностей протезирования с учетом индивидуальных особенностей моего организма, в результате которого план протезирования будет меняться.

Я соглашаюсь с возможностью возникновения и необходимостью коррекции нижеперечисленных ситуаций (при этом стоимость протезирования будет увеличена):

- при получении оттисков возможна расцементировка установленных ранее ортопедических конструкций;
- при использовании временных протезов возможно их поломка и рессцементировка;
- при снятии старых ортопедических конструкций возможно возникновение перелома зуба и расцементировка штифтовых конструкций;
- при изготовлении штифтово-культевых вкладок возможна необходимость в повторном эндодонтическом лечении, возможно возникновение перелома корня зуба, что потребует удаления зуба и изменении плана протезирования.

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 1 год.

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 осложнениям. 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 и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у меня заболеваниях.

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, вплоть до невозможности привыкания к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, поломка протеза,

Мне понятно, что медицинская наука не может точно предсказать сроки службы опорных зубов, поэтому невозможно гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом. Поэтому я соглашаюсь с вероятностью развития через неопределенных срок повреждения (заболевания) опорных зубов в дальнейшем, что приведет к невозможности эксплуатации установленного на них протеза.

Я соглашаюсь с тем, что при использовании протезов возможны дискомфортные ощущения в ротовой полости, изменение дикции, ощущение инородного тела в рту, воспаление слизистой оболочки 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 я 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, независимых от способов и материалов протезирования.

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

Я получил/а/ полную информацию о гарантийных обязательствах на ортопедическое лечение и зубные протезы, и ознакомлен/а/ с условиями 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.

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)