

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
«Установка виниров».**

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 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.

Содержание и результаты медицинской услуги, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены Врачом, и я их полностью понял(а).

Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения:

Виниры представляют собой пластинки, которые покрывают верхнюю поверхность зуба, с целью коррекции формы, длины и размера зуба. Установка виниров, осуществляется после изготовления индивидуальных пластинок на каждый зуб пациента.

Показания к установлению виниров:

- сколы на зубах;
- изменение цвета зубов;
- трещины и повреждения зубов;
- неправильная форма зубов;
- незстетичная улыбка.

Противопоказания к установлению виниров:

- повышенная стираемость зубов.
- отсутствие зубов, отвечающих за жевание.
- занятие экстремальными видами спорта.
- бруксизм.
- разрушение внутренней части зубов.
- наличие на внутренней части зуба пломбы среднего и большого размера.
- неправильный прикус.

Порядок и алгоритм оказания медицинской услуги по установке виниров:

1. Определяют состояние зубов, на которые планируется сделать виниры, качество их лечения (если зубы ранее лечены), положение в челюсти и состояние прикуса. Если имеется кариес, необходимо лечить

каналы, делать пластику десны или нужны еще какие-то вмешательства – это все делается до обработки под винир, а если выявлены какие-то противопоказания к установке винира – то выбирают другой вид конструкции.

2. На втором этапе определяются с тем, каким должен быть внешний вид зубов. На этом этапе пациент должен озвучить свои пожелания по цвету, форме зубов, а доктор в соответствии с пожеланиями пациента уже составляет план, как достигнуть оптимального результата. Этот этап очень важен, так как от планирования зависит не только внешний вид реставрации, но и срок ее службы. Здесь же определяются с материалом, из которого будет выполняться реставрация (какие-то клиники работают только с одной техникой, какие-то предлагают все виды виниров).
3. Третий этап – обработка и снятие оттисков. Под классический винир передняя поверхность зуба спиливается на толщину 0.4-0.7 мм. Толщина тканей, которые удаляются зависит от многих факторов: вида винира (с каркасом или без), от положения зубов (если зуб изначально «завален» во внутрь, то для выведения его вперед в линии улыбки нужно будет минимальное препарирование, и, наоборот, если зуб выступает вперед, то спилить нужно будет больше и т.д. Техника препарирования может отличаться: иногда необходимо спилить режущий край зуба, чтобы восстановить его керамикой, а иногда режущий край оставляют собственным. Иногда поверхность зуба вообще не трогают и изготавливают сверх тонкие виниры (их еще называют люминиры) – под этот вид реставрации зуб вообще можно не трогать бором.
4. Четвертый этап – оттиски. Зубы высушиваются, вокруг зубов устанавливаются нитки, чтобы отодвинуть десну и хорошо снять оттиск шейки зуба. Снимают двухслойный оттиск, передают его в техническую для изготовления виниров.
5. Пятый этап – изготовление временной реставрации. Либо в технической, либо прямо в кабинете на обработанные зубы изготавливают временные виниры для защиты от раздражающих факторов внешней среды.
6. Шестой этап – фиксация готовой работы во рту. Снимают временную реставрацию и виниры крепят к зубам с помощью специальных материалов.

Возможные последствия и осложнения:

- пигментация конструкции;
- вторичный кариес;
- гиперестезия твердых тканей;
- появление болезненности;
- наличие скола покрытия вследствие чрезмерной нагрузки на зуб, например, при наличии глубокого прикуса, если отсутствуют жевательные моляры, если высота коронки небольшая;
- пластины отваливаются у шейки зуба вследствие повышенной влажности данного участка;
- изменение цвета либо образование пигментированной каймы эмали вокруг устройства. Причиной такого последствия является несоблюдение полноценной гигиены ротовой полости и курение.

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.

Мне было сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу при моем согласии. Я понимаю, что всегда имеется риск применения анестезии и такой риск мне был полностью объяснен. Я знаю, что после введения анестезии нельзя в течение 24 часов управлять транспортными средствами и сложными механизмами, до окончания действия лекарственных препаратов и восстановления нормального состояния.

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)

ОБРАЗЕЦ