

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство  
«Сплинт-терапия»**

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 стоматологической клинике, 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 соглашаюсь на медицинские вмешательства – сплинт-терапия, в объеме, предусмотренном договором о предоставлении медицинских услуг.

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 рекомендована сплинт-терапия - это медицинское вмешательство, которое направлено на коррекцию функциональности мышечно-связочного элемента сустава, а также позволяет откорректировать неправильное смыкание челюстей.**

Стоматологический сплинт представляет собой съемную накладку (шина, шина), надеваемую на зубы. Изготавливается индивидуально из безопасных, гипоаллергенных полимерных материалов.

**Показаниями к сплинт-терапии являются:**

- дисфункция ВНЧС — нарушение работы жевательного аппарата;
- бруксизм — скрежетание зубами;
- проблемы с открытием и закрытием рта;
- неправильный прикус;
- патологическое стирание эмали;
- этап подготовки к установке брекетов.

**Мне разъяснено, что** лечение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава не быстрое, а многоступенчатое и предполагает применение разных методик. Схему и продолжительность терапии врач составляет только после тщательной диагностики.

Существует несколько видов шин, используемые в сплинт-терапии:

- Релаксационные. Применяются для растягивания мышц челюсти и расслабления ВНЧС. Работают в комплексе с другими лечебными мерами. Применяются как часть комплекса терапии лечения ВНЧС.
- Декомпрессионные - для снятия окклюзионных нагрузок при бруксизме. Устраняют гипертонус мышц, предупреждают истирание контактных поверхностей на зубах.
- Позиционирующие - для исправления окклюзионного положения зубных рядов и челюстей.
- Стабилизирующие - для устранения подвижности зубов вследствие пародонтита, пародонтоза.
- Репонирующие - для коррекции нижней челюсти относительно верхней. Регулируют положение зубных единиц при небольшом смещении, причиной которого стала травма либо потеря соседнего зуба.
- Ретенционные - для не допущения рецидивов аномального смещения зубных единиц. Применяются в качестве закрепителя результата после ортодонтического исправления улыбки.

Сплинт терапия делится на несколько этапов. На первом этапе стоматолог осматривает состояние полости рта, собирает анамнез, оценивает правильность движения челюстей на артикуляторе. Проводятся диагностические исследования, после чего врач делает слепки и передает в лабораторию для изготовления шин.

Сроки ношения шин зависят от клинической картины и точности выполнения пациентом рекомендаций врача. Минимальный срок лечения — 2-3 месяца, в сложных случаях — более 1 года, в течение всего этого периода необходимо соблюдать график ношения шины и иные предписания врача.

**Противопоказаниями к лечению являются:** наличие стоматитов и грибковых заболеваний рта в стадии обострения; повышенная активность языка и губ; неправильное смыкание челюстей, которое не зависит от прикуса. **Я понимаю, что** сплонт (шина) - это инородное тело в полости рта, что привыкание к нему требует большого терпения и времени, в среднем это длится 7-10 дней. Перед установкой сплонта (шины) врач проводит коррекцию сплонта (шины) в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта и зубы. Поэтому я соглашаюсь с тем, что если субъективно я не смогу привыкнуть к сплнту (шине), то деньги за изготовление и установку сплнта (шины) не возвращаются.

**Я понимаю важность точного соблюдения рекомендаций врача** – ортодонта, ортопеда и других специалистов, по ношению сплнта (капы) и обязуюсь их неукоснительно соблюдать, поскольку при несоблюдении рекомендаций снижается эффективность лечения.

**Я понимаю, что** ношение сплнта на постоянной основе, в течение длительного времени без наблюдения врача, может привести к возникновению осложнений.

**Мне разъяснено, что отказ от данного вида диагностики повышает риски осложнений** в процессе лечения, к которым относятся появление дефектов твердых тканей зубов, разрушение костной ткани (пародонта) и дисфункциональные нарушения (болезненные ощущения) височно-нижнечелюстного сустава, что в итоге может неблагоприятно повлиять на мое здоровье, ухудшить качество моей жизни.

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/законный представитель пациента согласился на медицинское вмешательство** \_\_\_\_\_ (подпись)

Пациент / законный представитель пациента отказался от медицинского вмешательства \_\_\_\_\_ (подпись)