

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство**

**«ЛЕЧЕНИЕ - Болезни височно-нижнечелюстного сустава».**

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 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.

Врач объяснил, что в моем клиническом случае для лечения необходимо проведение медикаментозной терапии миорелаксантами для купирования обострения, сплин-терапии для нормализации функции мышц и височно-нижнечелюстных суставов, с последующей коррекцией окклюзии ортодонтическими и ортопедическими методами.

**Мне известно**, что этот документ - информированное согласие на проведение медицинского вмешательства свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что **я согласен (на)** с названными мне условиями его проведения.

Настоящее информированное согласие на проведение медицинского вмешательства содержит необходимую информацию по предлагаемому медицинскому вмешательству, а также возможности отказа от медицинского вмешательства, либо дачи согласия на проведение данного лечения.

**Мне разъяснено и мною понято**, что для расслабления жевательной мускулатуры в моем случае возможно будет необходимо принимать миорелаксанты и/или другие лекарственные препараты, длительность приема и кратность курсов будет определяться врачом из конкретной клинической ситуации.

**Мне разъяснено и мною понято**, что при моем диагнозе медикаментозное лечение - это симптоматическое лечение, и для полного или частичного устранения моих проблем и предотвращения ухудшения моего состояния в будущем, мне необходимо комплексное лечение, которое включает в себя: сплин-терапию для нормализации функции мышц и височно-нижнечелюстных суставов; коррекцию окклюзии и положения зубов ортодонтическими методами; что после ортодонтического лечения обязательно необходимо тотальное протезирование для восстановления правильной окклюзионной высоты между челюстями, что будет поддерживать правильное положение суставной головки нижней челюсти в височно-нижнечелюстном суставе, а также предотвращать смещение нижней челюсти в неправильное, нефизиологичное положение; что при моем диагнозе имеются нарушения во всей опорно-двигательной системе, и что, для предотвращения или устранения патологии со стороны спины, ног, рук,

я должен проходить одновременно лечение у соответствующих специалистов (вертебрологов, неврологов и т.д.), заниматься ЛФК, физиотерапией и т.д. по назначению этих специалистов; что при лечении моего заболевания без привлечения этих специалистов невозможно достичь успеха и стабильных результатов только лечением у стоматологов различных специальностей, и что лечение у сопутствующих специалистов я должен проходить в других лечебных учреждениях.

**Я знаю,** что протезирование – это заключительный этап ортопедического лечения, для эффективности которого на первом этапе может потребоваться проведение ряда мероприятий, кроме проведения хирургической и терапевтической санации. Это депульпирование, сошлифование зубов, коррекция прикуса, устранение парафункции мышц, лечение височно-нижнечелюстных суставов, ряд хирургических (коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, уздечек и др.) и пародонтологических вмешательств.

**Мне разъяснена** необходимость строго следовать этапам комплексного лечения, соблюдения сроков посещения, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность осложнений в процессе лечения и после его завершения.

**Врач поставил меня в известность,** что при длительном незапланированном моем отсутствии (более 30 календарных дней) зубы могут изменить своё положение, ранее изготовленная и не поставленная в полость рта ортодонтическая или ортопедическая конструкция возможна будет непригодна для использования и возникнет необходимость в её переделке, которая будет произведена за мой счет.

**Мне разъяснено и мною понято,** что комплексное лечение заболеваний височно-нижнечелюстных суставов является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности мышц, связок, височно-нижнечелюстных суставов и зубов, что невозможно в силу необратимых изменений и деформаций, которые происходили в течение длительного времени в моем организме.

**Мне разъяснено и мною понято,** что изменения в движениях височно-нижнечелюстных суставов могут сохраняться теперь на всю жизнь, что в результате лечения происходит только незначительное улучшение в амплитуде движений, и основная цель этого лечения - предотвратить ухудшение движений и появление или повторение болевых ощущений в мышцах и суставах; что хруст, крепитация и другие звуки, несмотря на проводимое лечение, могут сохраняться в течение еще нескольких лет после завершения лечения; что даже после окончания лечения я должен буду избегать чрезмерно широко открывать рот и чрезмерно смещать нижнюю челюсть в стороны; что и после окончания лечения я должен буду заниматься ЛФК и наблюдаться у смежных специалистов (вертебрологов, неврологов и т.д.) по поводу всей опорно-двигательной системы; что после окончания лечения обязательно один раз в шесть месяцев я должен буду являться на контрольные осмотры к своему врачу-стоматологу-ортопеду-гнатологу.

**Я проинформирован,** что в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи, попадание кусочков материала в желудочно-кишечный тракт или дыхательные пути; при наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта; возможно повреждение и воспаление слизистой оболочки десны; при проведении хирургических вмешательств могут увеличиваться сроки лечения; могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к ортопедическим конструкциям, чувство тошноты, нарушений функции речи, жевания, глотания, сколы или стирание ортопедических конструкций.

**Я проинформирован,** что в период проведения комплексного лечения, на различных его этапах по независящим от врача причинам может возникнуть следующее: снижение эффективности жевания, ухудшения эстетики как зубов, так и лица в целом, нарушение функции речи; снижение высоты прикуса (высоты между нижней и верхней челюстью); прогрессирование заболеваний пародонта; быстрое прогрессирование заболеваний жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; заболевания желудочно-кишечного тракта; снижение слуха; значительное ограничение открывания рта, вплоть до анкилоза височно-нижнечелюстных суставов; головные боли; раздражительность, чувство постоянной усталости, что может привести к неврозам, депрессиям, расстройствам психики.

**Мне разъяснено,** что последствиями отказа от комплексного лечения могут быть: дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшения эстетики как зубов, так и лица в целом, нарушение функции речи; снижение высоты прикуса (высоты между нижней и верхней челюстью); прогрессирование заболеваний пародонта; быстрое прогрессирование заболеваний жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; заболевания желудочно-кишечного тракта; снижение слуха;

значительное ограничение открывания рта, вплоть до анкилоза височно-нижнечелюстных суставов; головные боли; раздражительность, чувство постоянной усталости, что может привести к неврозам, депрессиям, расстройствам психики.

**Я информирован**, что любому виду медицинского вмешательства свойственны возможные осложнения, чтобы способствовать своевременному обнаружению осложнений и избежать их усугубления, со своей стороны **я обязуюсь** явиться на контрольный профилактический осмотр через определенный срок, назначенный мне лечащим врачом после оказания медицинской услуги либо в любой день в рабочее время вашей медицинской организации, если у меня возникнет беспокойство или обнаружатся боли или иные отклонения в состоянии здоровья, которые могут быть связаны с оказанной услугой и о вероятности и характере которых я информирован.

**Мне известно**, что во время лечения могут быть выявлены другие заболевания или их особые формы, которые потребуют изменения объема медицинского вмешательства либо осуществления других исследований или операций. Я уполномочиваю врачей принимать в этих случаях необходимые решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения моего состояния, т.е. на что я даю свое добровольное согласие.

**Я проинформирован(а)** о том, что после лечения рекомендуется соблюдать режим (щадящая диета, гигиена полости рта, прием лекарственных средств), а также мне разъяснено, что прием лекарственных средств без назначения лечащего врача, а также алкоголь, наркотические средства, курение могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления, уменьшить вероятность благоприятного прогноза лечения.

**Мне были разъяснены и мною поняты** все возможные исходы лечения, а именно: полное или частичное восстановление функция височно-нижнечелюстных суставов, полное или частичное восстановление жевательной и других функций зубо-челюстной системы; полное или частичное восстановление или улучшение эстетики.

**Мне были разъяснены и мною поняты** все возможные альтернативы комплексному лечению, а именно: паллиативное, симптоматическое лечение медикаментами, которое в дальнейшем приведет к тем осложнениям, которые перечислены выше.

**Я также имел(а)** возможность задавать интересующие меня вопросы.

**Я получил(а)** исчерпывающую информацию в устной форме по предлагаемому лечению.

**Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна** информация о сути лечения. **Меня научили** правильной гигиене полости рта.

**Я сообщил(а)** о своем физическом и душевном здоровье полную и достоверную информацию.

**Я подтверждаю**, что в Анкете здоровья назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни и недуги. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

**Мною** были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Дополнительных условий мною не выдвигается. Расширенных требований не имею.

Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства. **Я принимаю решение и согласен на медицинское вмешательство 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)