

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт: _____, выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

до проведения зубного протезирования - ортопедического лечения дефектов зубов или (и) зубных рядов, то есть восстановления их жевательной функции, получил (а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Врач обосновал необходимость проведения ортопедического лечения и я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом протезирования и проведения подготовительных мероприятий.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае, будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного аппарата). Последствиями отказа от протезирования вообще, могут быть:

- перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения
- прогрессирование деформации десен и костной ткани (зубоальвеолярных деформаций), изменение положения зубов
- дальнейшее снижение эффективности жевания,
- ухудшение эстетики
- нарушение функции речи
- прогрессирование заболеваний тканей, окружающих зубы (пародонта)
- быстрая утрата зубов
- заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава
- общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта
- появление болевых приступов в следствии неврита или невралгии (воспалительные и иные заболевания троичного и лицевого нерва)

Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, а также соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование 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 жевательного аппарата (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии (снижении, уменьшении объема) десны, атрофии (нарушение питания, ведущее к изменению структуры) костной ткани челюсти, физиологической стираемости твердых тканей зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания вышеперечисленных инволютивных процессов, и, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта:

- местного обезболивания (анестезии), обработки (обтачивания) зубов, снятия слепков (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. Которые проходят самостоятельно, а в отдельных случаях с помощью кратковременного приема лекарственных препаратов, назначенных врачом.

В случае необходимости проведения обезболивания в виде местной анестезии, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о проведении местного обезболивания.

- при наличии в полости рта старых протезов, в связи с присутствием разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта. Для предотвращения этих явлений, необходимо заменить устаревшие конструкции на соответствующие современным условиям и достижениям современной медицины.

- при наличии изменений, заболеваний (патологии) височно-нижнечелюстных суставов и других расстройств движения и функции мышц (психомиофункциональных), могут возникнуть затруднения привыкания (адаптации) к протезам, чувство тошноты, нарушение функций речи, жевания, глотания, поломка протезов. Данные затруднения проходят самостоятельно при выполнении рекомендаций врача и корректирующих мероприятий.

- меня предупредили, что в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения.

Я понимаю, что гигиенический уход за полостью рта при наличии ортопедических конструкций (зубных протезов) должен быть более тщательным, а так же необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии и медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время и предоставил(а) всю информацию, касающуюся моего здоровья.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме. Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____

Дата “ ____ ” _____

Образец