ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО (ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ)

Уважаемые пациенты! Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага.

1. Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.

Я	
Даю информированное добровольное согласие на проведение ортопедического лечения	
Врач:	
Биологические особенности организма, вредные привычки пациента и их возможное влия	ние на результат лечения

До проведения ортопедического лечения - 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 тройничного 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 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, снятии 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 местного анестетика 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 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).

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

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.

Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы отсутствуют. Я понимаю цель и смысл рекомендаций и назначений врача. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и ясные мне по содержанию разъяснения.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала. Я понимаю, что возникновение указанных осложнений, таким образом, не является следствием некачественно оказанной мне услуги (дефектом медицинской услуги).

Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат лечения.

Я понимаю также, что прогноз выздоровления (улучшения моего состояния) дается врачом исходя из собственного врачебного опыта и данных медицинской статистики.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии у меня к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я подтверждаю, что Исполнителем мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства в отношении меня согласно поставленному мне диагнозу и Прейскуранту цен на данные услуги.

Я даю согласие на фотосъемку в процессе лечения и возможное использование фотоматериалов в научных и рекламных пелях.

Я даю согласие на то, что в процессе лечения ряд манипуляций может выполняться сертифицированными специалистами клиники под контролем лечащего врача.

Я понимаю, что настоящее Информированное согласие является юридическим документом. Подписывая его, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне(моему ребенку) услуги.

Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не пол влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций, а также дальнейшего соблюдения рекомендаций врача.

Подпись пациент	га или законного представителя:	Подпись врача:	
ФИО		ФИО	
« <u></u> »_	2019 г.	« »	2019 г.