ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

(родителей, законного представителя) на получение медицинской помощи в стоматологической клинике ООО «Тридцать два» Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Законом от «21» ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об  основах охране здоровья граждан Российской Федерации».

Дополнительная информация для пациента по ортопедической стоматологии (протезированию).

**Этиология и патогенез** данного заболевания связаны с возникновением дефекта зубного ряда, утратой зубом полноценной  
опорной, жевательной функций, угрозой разрушения зуба.

**Методы диагностики**, применяемые для верификации данного заболевания: осмотр, изготовление  
диагностических моделей челюстей, рентгенологическое обследование.

**Методы лечения**:

В данном случае, с учетом всех имеющихся данных, **Пациенту показано:**

-культевые вкладки на зубы №……………………………………………………………………………………………………………. -одиночные коронки или мостовидные протезы с опорой на зубы №…………………………………………………………………..

-коронки с опорой на имплантаты в области……………………………………………………………………………………………...

-съёмные протезы………………………………………………………………………………………………………………………….. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Для проведения комплексного стоматологического лечения пациенту рекомендовано (нужное подчеркнуть):**

**-** рентгенологическое обследование – ортопантомограмма**.**

- Проведение проф. гигиены полости рта каждые \_\_\_ месяцев.

- Получить консультацию: терапевта, имплантолога, пародонтолога, ортодонта, хирурга.

Перспективы и результаты медицинского вмешательства, по данным медицинской литературы при имеющемся заболевании, зависят при качественно оказанной помощи от необходимости **строго следовать этапам протезирования, а также соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать, прежде чем перейти к следующему этапу**, чтобы уменьшить вероятность поломки ортопедической конструкции. Протезирование является, своего рода, вмешательством в биологический организм и, как любое медицинское вмешательство, не всегда может обеспечить пожизненное сохранение результата лечения, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, т.к. 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 десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости и разрушении твердых тканей зубов. Поэтому, через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных изменений и строго индивидуально для каждого человека, возникает необходимость коррекции, либо повторного протезирования.

**Возможные осложнения, время их развития и исчезновения, методы и результаты их коррекции**: после одонтопрепарирования витального зуба может возникнуть повышенная чувствительность ко всем температурным и химическим раздражителям и развиться пульпит. Потребуется лечение каналов зуба (удаление нерва). В течение всего срока службы ортопедической конструкции возможно развитие осложнений в виде рецессии участка десны, атрофии альвеолярного гребня, пульпита (у витального зуба), периодонтита, образования кист, формирования зубо-десневого кармана, разрушение культи зуба и ее перелом. Все осложнения требуют специального амбулаторного, терапевтического или хирургического лечения, результат которого зависит от своевременности обращения за медицинской помощью.

**Методы реабилитации, первичной и вторичной профилактики после проведения лечения, способствующие скорейшему выздоровлению** заключаются в выполнении в полном объеме рекомендаций врача, в выполнении рекомендаций по уходу за протезным изделием, гигиене полости рта, посещении контрольных осмотров каждые 6 мес., проведении контрольных рентгенологических исследований (по показаниям).

**Влияние медицинского вмешательства на качество жизни** (восстановлении эстетических, гигиенических, функциональных качеств зубного ряда) оказывает профилактическое действие на заболевания пародонта и дальнейшее разрушение жевательного аппарата. При отказе от лечения неизбежно прогрессирование зубочелюстных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функций речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубами остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

**Оплата ортопедического лечения** (зубного протезирования) производится двумя частями: половина суммы оплачивается после снятия слепков, вторая половина - при установке ортопедической конструкции пациенту. Требование по изменению цвета, формы и вида изделия после его фиксирования в полости рта являются новой платной работой.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО полностью), действуя в интересах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, подтверждаю следующее:

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.

Мне сообщено о выявленной сопутствующей патологии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Мне известно, что указанное заболевание имеет хроническую форму, и по оказании медицинской помощи может произойти улучшение состояния, но не может быть гарантировано полное выздоровление.

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.

Я предупрежден/а/ о поведении в период амбулаторного лечения, мной получены и поняты рекомендации врача о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры и исследования. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого клиника не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу и клинике.

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 незавершённом лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к стоматологической клинике ООО «Тридцать два».

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.

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:

**при ортопедическом приёме и после него:**

- отёки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен;

- появление натёртостей при съёмном протезировании;

- рвотный рефлекс;

- ухудшение эстетического эффекта протезирования из-за отказа удалять зубы;

- аллергическая реакция на материалы съёмных протезов;

- изменение дикции, вкусовых ощущений, а также характера слюноотделения;

- плохая фиксация пластинчатых съёмных протезов при выраженной атрофии альвеолярных гребней;

- переломы и сколы различных видов съёмных протезов;

- возможная необходимость перебазировки съёмного протеза из-за атрофии альвеолярного гребня после удаления зубов;

- асфиксия во время сна в случае неснятия полных съёмных пластинчатых протезов перед сном;

- травматизация слизистой оболочки рта;

- плохая фиксация и стабилизация протезов;

- сколы облицовки постоянных протезов из-за неправильного использования;

- расцементировка при постоянной или временной фиксации;

- возможное изменение плана протезирования и, как следствие, стоимости работ при несостоятельности опорных зубов или при изменении пожеланий пациента;

- появление запаха изо рта и образование налёта на пластинчатых, бюгельных и эластичных протезах из-за несоблюдения пациентом гигиены полости рта;

- изменение сроков протезирования.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу. Я знаю, что после введения анестезии нельзя в течение нескольких часов управлять транспортными средствами и сложными механизмами, до окончания действия лекарственных препаратов и восстановления нормального состояния.

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 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 информирован (а) о том, что моя (моего представляемого) медицинская информация является конфиденциальной в соответствии со статьей 13 ФЗ от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ, мне подтверждена гарантия конфиденциальности сведений, касающихся моего здоровья (здоровья представляемого мною).

Я разрешаю (не разрешаю) предоставлять мою (моего представляемого) медицинскую информацию:

- всем без ограничений;

- ограниченному кругу лиц: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО лиц, допущенных к медицинской информации)

Я разрешаю (не разрешаю) использовать мою (моего представляемого) медицинскую информацию для ведения электронной формы медицинской документации.

Я разрешаю (не разрешаю) использовать мою (моего представляемого) медицинскую информацию и медицинскую документацию для проведения экспертизы качества оказания мне (моему представляемому) медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов.

**Вариант 1.**

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и

понятно назначение данного документа. **Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение** на предложенных условиях.

Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.

**Вариант 2.**

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. **Я отказываюсь от медицинского вмешательства**.

Пациент (законный представитель)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_