

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на досрочное завершение ортодонтического лечения

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, {ФамилияИмяОтчество} (ФИО пациента либо законного представителя), соглашаюсь с тем, что ортодонтическое лечение

пациенту
(ФИО

пациента, которого я представляю в силу закона, в родительном падеже) будет завершено досрочно.

Снятие ортодонтических конструкций будет проводить стоматолог-ортодонт

{Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество} и другие врачи ООО «ЮККИДЕНТ». В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника оставляет за собой право заменить лечащего врача, уведомив меня об этом. Я даю согласие на привлечение к моему лечению других специалистов, в том числе врачей, не являющихся работниками Исполнителя (при необходимости).

Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о предстоящей процедуре.

Я проинформирован(а), что одним из основных факторов сохранения результатов лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении мной правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба. Я согласен(а) с тем, что врач-ортодонт имеет право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при плохой гигиене полости рта или развитии осложнений. Деньги за проведенный объем лечения не будут возвращены. (Контроль гигиены полости рта будет осуществляться по индексам гигиены). Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проводимого медицинского вмешательства на любой его стадии. Мне разъяснены последствия такого отказа, в том числе я проинформирован(а), что последствиями отказа могут быть: прогрессирование деформации зубных рядов и челюстей; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики зубов и лица; нарушение функции речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая потеря зубов; заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатология. При этом Клиника не несет ответственности за последствия моего отказа от оказания медицинской помощи.

Заключительным этапом ортодонтического лечения после окончания активного периода лечения является ретенционный период; при этом необходимо ношение одночелюстного или двухчелюстного ретенционного аппарата (съёмного/несъёмного) в течение срока, необходимого для закрепления результатов ортодонтического лечения. В качестве ретенционного аппарата возможно использование, собственно, ортодонтического аппарата, а также возможно изготовление специального ретенционного аппарата. В некоторых случаях в ретенционном периоде ношение аппарата может быть заменено протезированием мостовидными протезами, либо каппами. Несъёмный ретенционный аппарат представляет собой ортодонтическую проволоку, фиксируемую с помощью цемента или композитов на небной или язычной поверхности зубов, как правило, нижней челюсти. Съёмные одночелюстные ретенционные аппараты представляют собой ортодонтические пластинки с кламмерами и вестибулярными (расположенными на передней поверхности зубов) металлическими или прозрачными дугами. Для ношения в ночное время используются съёмные двухчелюстные ретенционные аппараты. При проведении ортодонтического лечения возможно комбинирование нескольких (одночелюстных и двухчелюстных) ретенционных аппаратов. Длительность ретенционного периода индивидуальна и зависит от возраста Пациента, состояния пародонта, индивидуальных особенностей перемещения зубов в процессе ортодонтического лечения, сложности и степени выраженности исходной патологии, плана лечения (с удалением или без удаления отдельных зубов), сроков активного периода лечения, наличия у пациента общесоматических заболеваний, наличия неустранимых функциональных нарушений, конструктивных особенностей используемого аппарата, в связи с чем определение гарантийных обязательств и установление гарантийных сроков и сроков службы по данному виду лечения невозможно. В связи со спецификой этого вида лечения ортодонтическое лечение проводится без гарантии. Во время ношения ретейнера(ов) не следует употреблять твердую пищу (для профилактики отклеивания элементов аппаратуры) и отказаться от использования жевательной резинки.

Достижение ожидаемого положительного эффекта ортодонтического лечения в виде сохранения ровных зубных рядов возможно только после ношения ретенционного аппарата. Отказ от ношения ретенционного аппарата, а также его неправильное использование могут обусловить рецидив имевшейся у пациента аномалии (деформацию и ротацию отдельных зубов и зубных рядов, появление скученности зубов, деформации прикуса), снижение качества стоматологических услуг, удлинение сроков ортодонтического лечения.

Мне сообщено и понятно, что необходимым условием эффективного лечения является выполнение компьютерной томографии, в случае несоблюдения мною рекомендации по проведению КТ до лечения я лишаю врачей возможности постановки правильного диагноза и выбора оптимальной тактики моего лечения.

Я извещен(а), что несообщение вовремя врачу о любом ухудшении самочувствия, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья и лечении.

В случае отказа от врачебного контроля, несоблюдения врачебных рекомендаций возможно длительное или абсолютное недостижение положительного результата ортодонтического лечения.

Также необходимо тщательное соблюдение гигиены полости проведение гигиенических процедур (чистки зубов) с применением лечебно-профилактических фторсодержащих зубных паст, ополаскивателей, зубных щеток, ершика,

флоссов, ирригаторов необходимо после каждого приема пищи. Кроме ежедневной гигиены, раз в несколько месяцев необходимо проводить профессиональную чистку полости рта в кабинете у стоматолога, а также регулярно посещать врача-гигиениста. Несоблюдение указанных рекомендаций может повлечь нежелательные побочные последствия, выражающиеся в деминерализации эмали зубов, развитии кариозного процесса на участках фиксации ортодонтических конструкций, а также развитии гипертрофического гингивита (воспалительного процесса в области десен), сопровождающихся кровоточивостью, болезненностью, припухлостью десен.

Врач проинформировал меня о возможных нежелательных явлениях после снятия брекетов, не являющихся дефектами качества медицинской услуги, а именно: возникновение аллергических реакций на компоненты ортодонтической аппаратуры, например, ретейнера, появление очагов деминерализации эмали и развитие кариозного процесса в зонах, где ранее был контакт ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба и вне его, что может потребовать дополнительного стоматологического лечения, появление болевых ощущений, дискомфорта в области верхней и нижней челюсти при пережёвывании и откусывании пищи, повышение подвижности зубов вследствие их перемещения, обострение заболеваний пародонта, обусловленных скрытыми очагами инфекции, развитие воспалительных процессов в области десен (гингивита), сопровождающихся кровоточивостью, болезненностью, припухлостью десен, деформация отдельных зубов или зубных рядов после снятия ортодонтической конструкции, резорбция (рассасывание) корней зуба; оголение шеек зубов; изменения прикуса, что может вызвать нарушение функции височно-нижнечелюстного сустава или привести к усилению имеющейся патологии, при этом указанных осложнений можно избежать при выполнении рекомендаций лечащего врача; кроме того, при обострении заболеваний пародонта, ортодонтическом лечении депульпированных зубов с хроническими очагами инфекции возможно обострение воспалительного процесса, что может потребовать эндодонтического лечения, при неэффективности которого возможно удаление зуба. Также в ряде случаев может возникнуть необходимость лечения или наблюдения у врача- ортодонта и/или врача-пародонтолога, а также стоматолога-хирурга; также могут возникнуть изменения дикции.

В раннем периоде после прекращения ортодонтического лечения также рекомендован отказ от приема в пищу продуктов питания, повышающих риск возникновения кариеса, заболевания десен, в том числе употребление очень горячих, очень холодных и кислых продуктов, ирисок, жевательной резинки, вафель, чипсов, халвы, орехов, сушек, сухарей, и иных твердых (жестких) продуктов.

Возможные альтернативные варианты лечения:

Я проинформирован(а) о возможных осложнениях, не зависящих от врача:

- Изменение состояния эмали зубов (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов), повреждение эмали;
- Возможное обострение заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае я понимаю необходимость проведения комплексного лечения у врача-пародонтолога и использовать рекомендованные зубные щётки, ёршики, ирригатор, а также лекарственные средства. Я предупрежден(а), что при ортодонтическом лечении возможно обострение заболевания пародонта, обусловленное скрытыми очагами инфекции (хронический пародонтит);
- Подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций – вследствие несвоевременной явки к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта;
- Усиление опускания десны – вследствие начальных признаков этого процесса до начала лечения;
- Рассасывание верхушек корней – вследствие гормональных нарушений, неконтролируемого использования ортодонтического аппарата;
- Нарушение речевой функции – временно и постоянно;
- нарушение произношения отдельных звуков (артикуляции) при ношении несъемных ретейнеров;
- сколы реставраций и/или ортопедических конструкций;
- отклеивание ретейнера;
- аллергическая реакция на ретейнер;
- развитие или обострение патологии ВНЧС;
- Частичная или полная потеря достигнутого результата – вследствие несоблюдения требований к закрепляющему периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача (например, удалить зачатки зубов «мудрости»), несвоевременного обращения к врачу, в том числе, при поломке аппарата.

Я доверяю лечащему врачу и 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 предоставляю ООО «ЮККИДЕНТ» право вести фото- и видеопрокол манипуляций по выбору врача(ей), использовать, обрабатывать, хранить, дублировать, анализировать мои изображения, включая фотографии и рентгенологические снимки, срезы КТ на сайтах в сети Интернет, для контроля качества лечения, для научных публикаций и в программах обучения врачей при соблюдении анонимности (т.е. без указания Ф.И.О. пациента).

Я полностью понимаю суть изложенного, получил(а) понятные ответы на все заданные мною вопросы, не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема предоставленной мне информации. Получив полную информацию, в том числе о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением медицинского вмешательства, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о завершении ортодонтического лечения.

Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Пациент {ФамилияИмяОтчество} (ФИО пациента либо законного представителя)

_____ (подпись пациента либо законного представителя) {ТекущаяДатаПолная} г.

Врач _____ ({Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}) {ТекущаяДатаПолная} г.

Рекомендации в письменном виде и разъяснения от врача получил(а) _____ / {ФамилияИмяОтчество} /

Вариант 2.

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

Пациент {ФамилияИмяОтчество} (ФИО пациента либо законного представителя)

_____ (подпись пациента либо законного представителя) {ТекущаяДатаПолная} г.

Врач _____ ({Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}) {ТекущаяДатаПолная} г.