

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

### на проведение ортопедического лечения (протезирования)

(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 восстановительное ортопедическое лечение, протезирование, другое медицинское вмешательство:

\_\_\_\_\_ )  
пациенту \_\_\_\_\_

(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительном падеже) будет проводить врач-стоматолог {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).

Я понимаю, что для достижения оптимального результата необходимо **строго следовать этапам протезирования, а также строго соблюдать сроки плана лечения, 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 иволютивному 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 иволютивных изменений и строго индивидуально для каждого человека, возникает необходимость коррекции, либо повторного протезирования. Я понимаю, что окончательный план протезирования, его сроки и стоимость, определяются только после успешного приживления имплантата(ов).

Снятие слепка зубов – это один из необходимых этапов протезирования, позволяющий изготовить в лабораторных условиях изделия и конструкции, которые будут полностью соответствовать строению челюсти пациента. Под слепком (отгиском) подразумевают изображения мягких и твердых тканей, которые остаются на мягкой массе, специально используемой для изготовления слепков. Также может использоваться техника цифрового снятия оттиска. Вариант изготовления оттиска в каждом случае выбирается лечащим врачом.

Обычный оттиск – слепочную ложку наполняют оттисковой массой, а потом заводят ложку в рот пациента и погружают в нее весь зубной ряд. Масса застывает, и в ней точно отпечатываются зубы, рельеф десны. Ложку аккуратно вынимают, оттиск заливают гипсом и получают модель зубов.

Цифровой оттиск – полость рта сканируют с помощью интраорального (внутриротового) 3D-сканера для получения отображения в компьютерной программе.

При этом я информирован(а) о других (альтернативных) способах лечения, их преимуществах и недостатках, таких как отсутствие лечения, временное терапевтическое восстановление либо

\_\_\_\_\_ )  
Я понимаю, что в зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает, что приводит к их разрушению. Поэтому я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами, а также обязуюсь приходить на контрольные осмотры в соответствии с рекомендациями врача.

Я понимаю, что через какое-то время, зависящее от скорости протекания процессов старения, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях, возникающих во время эксплуатации протезов (особенно при увеличении нагрузки), в т.ч. переломов протезов, образовании трещин, сколов облицовочного материала, изменение цвета, стирания зубов антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в опорных зубах и др. Я понимаю, что привыкание к съёмному протезу происходит только при условии ношения этого протеза. В ряде случаев привыкания к съёмному протезу может и не произойти.

Я согласен, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с действительным результатом. При отказе от предварительного ортодонтического лечения возможны сколы керамики, разрушение конструкций и недостижение желаемого эффекта от ортопедического лечения. В ряде случаев желаемый результат может быть достигнут только при проведении ортогнатической операции: с целью исправления размера верхней или нижней челюстей, положения, формы и соотношения; с помощью данной пластики корректируется окклюзия – прикус, а также восстанавливаются пропорции лица, что позволяет значительно улучшить внешний вид.

Я понимаю, что, никто не может гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом. Я также понимаю, что при отсутствии зубов при ношении съёмного протеза кость неизбежно истончается.

Меня ознакомили с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования, с возможными альтернативными вариантами протезирования.

Я ознакомлен(а) с тем, что, в процессе протезирования для достижения оптимального эстетического и функционального результатов возможно избирательное шлифование (или даже покрытие коронкой) соседних зубов или зубов антагонистов. Как правило, окончательное решение принимается только после тщательного изучения

диагностических моделей челюстей. В случае отказа от данной манипуляции, доктор не может гарантировать успех протезирования и оптимальный эстетический результат.

На протезирование съёмными конструкциями, в т.ч. и на имплантатах, гарантия один год с момента установки конструкции в полость рта, если иного не установлено врачом соответствующей записью в медицинской карте. Если протезирование съёмным протезом проводилось впервые, то через 6 месяцев после сдачи конструкции показано проведение перебазиловки для компенсации атрофии альвеолярного гребня.

На протезирование несъёмными цельнометаллическими, цельнокерамическими или металлокерамическими конструкциями (виниры, вкладки, коронки, мостовидные протезы и т.д.) гарантия 1 год с момента установки конструкции в полость рта, если иного не установлено врачом соответствующей записью в медицинской карте.

На несъёмные конструкции с опорой на имплантаты (коронки, мостовидные протезы) гарантия один год с момента установки конструкции в полость рта (с момента фиксации на постоянный цемент), если иного не установлено врачом соответствующей записью в медицинской карте. Гарантия на простые временные коронки составляет 2 недели. Гарантия на коронки длительного ношения – 6 месяцев, после чего их необходимо заменить на постоянные. При протезировании на зубах, леченных ранее вне клиники, при отказе от лечения или перелечивания корневых каналов (первичного или повторного эндодонтического лечения), гарантия распространяется только на ортопедическую конструкцию, и клиника не несет ответственности за состояние опорных зубов. В случае появления или обострения воспаления около корня(ей), перелома корня(ей) или коронки(ок) опорного(ных) зуба(ов), снятие ортопедической конструкции, лечение или удаление опорного зуба(ов), переломка ортопедической конструкции осуществляется согласно прейскуранту (является новой платной услугой). При протезировании на имплантатах, установленных вне клиники, гарантия распространяется только на ортопедическую конструкцию, и клиника не несет ответственности за срок службы имплантата. При протезировании на витальных зубах необходима явка на осмотр в течение 2 недель с момента протезирования, в случае неявки на прием гарантия на этот вид протезирования не распространяется. При протезировании на имплантатах обязательная явка на прием – через 1 месяц. Соблюдение рекомендаций по проведению профессиональной гигиены полости рта является обязательным условием для сохранения гарантии. В случае невыполнения рекомендаций гарантия не сохраняется.

Оплата ортопедического лечения (зубного протезирования) производится после снятия слепков. Требование по изменению цвета, формы и вида изделия после его фиксирования в полости рта является новой платной услугой.

Я понимаю, что необходимо строго следовать указаниям врача, если пациент не найдет возможности лежать неподвижно и будет шевелиться, дергаться или глотать без предупреждения, возможно повреждение тканей лица или шеи инструментами, в том числе с последующим образованием рубцов. Я понимаю, что в процессе стоматологического лечения возможны травмы, порезы повреждения лица и мягких тканей. Иногда могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я получил(а) полную информацию о гарантийных сроках, действующих в стоматологической клинике, и ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь гарантии. 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 незавершенном лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к стоматологической клинике.

Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны различные ситуации, предвидеть которые в момент получения информированного согласия 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 (перенос приема из-за отключения электроэнергии, замена одного доктора другим в случае болезни первого и т.д.).

**Возможные негативные последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения:**

- прогрессирование заболевания;
- развитие инфекционных осложнений;
- появление, либо нарастание болевых ощущений;
- потеря зуба (зубов);
- системные проявления, включая нарушения в височнонижнечелюстных суставах и позвоночнике,

---

**При ортопедическом приёме и после него возможны следующие осложнения:**

- под влиянием анестезии: отек мягких тканей, боль при введении анестетика, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции, поломка иглы, недостаточное обезболивание, избыточное распространение анестетика, отек мягких тканей, продолжительное нарушение чувствительности, локальное побледнение кожи, образование гематомы, повреждение анестезируемых тканей, прикусывание губ и щек, инфицирование, некроз ткани, анафилактический шок, гипертонический криз, коллапс, обморок;
- после одонтопрепарирования зуба может возникнуть повышенная чувствительность ко всем температурным и химическим раздражителям и развиться пульпит - потребуются лечение каналов зуба (удаление нерва);
- скол прямых композитных виниров (люмининов, художественных реставраций) с последующей невозможностью их восстановления;
- рецессия участка десны, формирование зубодесневого кармана;
- разрушение культи зуба, перелом культи зуба;
- атрофия альвеолярного гребня;
- плохая фиксация пластинчатых съёмных протезов при выраженной атрофии альвеолярных гребней;
- 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 протезов;
- изменение дикции, вкусовых ощущений, а также характера слюноотделения;
- переломы и сколы различных видов съёмных протезов;
- возможная необходимость перебазиrowки съёмного протеза из-за атрофии альвеолярного гребня после удаления зубов;
- асфиксия во время сна в случае не снятия 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 и рекомендаций врача;
- изменение сроков протезирования и(или) плана лечения (стоимости и сроков);
- 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

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: **в случае отсутствия лечения или невыполнения этапов и сроков рекомендованного плана лечения:**

- прогрессирование зубоальвеолярных деформаций,
- дальнейшее снижение эффективности жевания,
- ухудшение эстетики, нарушение функции речи,
- прогрессирование заболеваний пародонта,
- быстрая утрата зубов остаточного прикуса,
- заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава,
- общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, неврологическая патология
- затруднения при глотании,
- дискомфорт со стороны языка,

Я понимаю, что, если я не буду носить съёмный протез при выборе съёмного протезирования, даже на одной из челюстей, привыкания к протезу не произойдёт, кроме того, также возможно отторжение имплантатов, в случае использования имплантатов (миниимплантатов) в качестве опоры для протезирования.

#### **Возможные исходы проводимого лечения:**

- улучшение клинической ситуации в полости рта;
- стойкая ремиссия заболевания (заболеваний) ротовой полости;
- кратковременный положительный результат лечения;
- отсутствие эффекта лечения.

В большинстве случаев через 1-5 недель после окончания протезирования наступает частичное (иногда полное) восстановление способности откусывать и/или пережевывать пищу. При этом необходима перебазиrowка или замена съёмных протезов по потребности или раз в 3-4 года. Замена несъёмных мостовидных протезов по потребности.

В ряде случаев удастся достичь только стабилизации – отсутствия отрицательной динамики в течение частичной вторичной адентии/полного отсутствия зубов.

На этапе припасовки и адаптации к протезу возможно появление новых заболеваний или осложнений, обусловленных проводимым лечением (например, аллергические реакции на пластмассу, токсический стоматит) при этом потребуются оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания.

На любом этапе оказания медицинской помощи вероятно присоединение нового заболевания, связанного с частичной вторичной адентией/с полным отсутствием зубов.

Эффективность лечения либо отсутствие эффекта непосредственно связаны с первоначальной клинической ситуацией (до начала лечения), общим состоянием организма пациента, работой иммунной системы, а также с регулярным правильным выполнением рекомендаций по домашней гигиене и лекарственной терапии (в случае назначения), изменением питания, наличием или отсутствием вредных привычек.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу.

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. Я проинформировал(а) медицинского работника обо всех случаях аллергических реакций, предоставил(а) сведения о состоянии здоровья на момент подписания настоящего согласия и в прошлом, обо всех перенесённых и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о постоянно и периодически принимаемых лекарственных средствах (инъекциях, мазях, назальных/глазных каплях, пищевых добавках), назначенных врачами другого лечебного учреждения или принимаемых самостоятельно, об употреблении алкоголя, наркотических и иных токсических средств. Мне известно, что не предоставление информации о состоянии здоровья может повлиять на эффективность и результаты медицинского вмешательства, и я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

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 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 предоставляю ООО «ЮККИДЕНТ» право вести фото- и видеопротокол 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).

**Необходимые условия для осуществления гарантии и достижения положительного результата лечения:**

- точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача,
- последовательное выполнение пациентом **всех этапов и сроков** стоматологического лечения, рекомендованных врачом.

**Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования** (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма;
- консультация стоматолога(ов) и(или) специалистов иного профиля:

**Мне названы и со мной согласованы:**

- количество коронок, ортопедических конструкции, особенности конструкций, материал, из которого изготовлены коронки(конструкции), особенности подготовки опорных зубов или имплантации, применяемые лекарственные средства, технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

- этапы и сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена, как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения, в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть, вплоть до отказа от имплантации и дальнейшего лечения.

Предполагаемые сроки данного лечения - \_\_\_\_\_

Дополнительно: \_\_\_\_\_

Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения.

*Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют.*

**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 \_\_\_\_\_  
(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 медицинского вмешательства.

Пациент \_\_\_\_\_ (ФИО пациента либо законного представителя)

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

Врач \_\_\_\_\_ ({Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}) {ТекущаяДатаПолная} г.