

ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА. ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ЗУБНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ)

г. Москва

«__» _____ 2020 г.

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

Я, Ф.И. _____

до проведения ортопедического лечения (протезирования зубов), получил (а) от врача 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 ознакомил с наиболее рациональным планом протезирования и подготовительных мероприятий.

Меня также ознакомили с альтернативными вариантами лечения (в том числе отказом от протезирования) и их последствиями. Последствиями отказа от протезирования зубов, могут быть: перелом зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой, после проведенного эндодонтического лечения); прогрессирование деформации десен и костной ткани (зубоальвеолярных деформаций); дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение речеобразования; утрата зубов; прогрессирование заболеваний тканей, окружающих зубы (в том числе, изменение положения зубов); заболевания жевательных мышц, височно-нижнечелюстного сустава, тройничного нерва; появление или обострение общесоматических заболеваний

Врач понятно объяснил необходимость строго следовать этапам протезирования, а также соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу. Эти условия необходимы для уменьшения вероятности переделки ортопедической конструкции.

Я поставлена в известность, что ортопедическое лечение поможет сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, протезирование зубов является, своего рода, вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, 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 (нарушении питания, ведущее к изменению структуры) костной ткани челюсти, стираемости твердых тканей зубов. Поэтому, через какое-то время (которое зависит от скорости протекания вышеперечисленных инволютивных процессов) возникает необходимость коррекции, либо переделки зубных протезов.

Я проинформирован(а), что:

-при проведении местного обезболивания (анестезии), обработки (обтачивания) зубов, снятия слепков (оттисков), использования специальных материалов и препаратов, возможно проявление следующих реакций: аллергическая реакции (в т. ч. на используемые материалы), онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи.

Данные симптомы проходят самостоятельно в период адаптации или подлежат коррекции врачом, а в отдельных случаях, устраняются с помощью кратковременного приема лекарственных препаратов, назначенных врачом.

-при наличии в полости рта металлических протезов, пломб из амальгамы, в связи с присутствием разнородных металлов, могут возникнуть: чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта. Для предотвращения этих явлений, необходимо заменить устаревшие конструкции на современные, соответствующие условиям и достижениям современной медицины.

-при наличии заболеваний височно-нижнечелюстных суставов, других расстройств движения и функции мышц (психомоioфункциональных), может возникнуть затрудненное привыкание (адаптация) к зубным протезам, появление тошноты, нарушение функций речи, жевания, глотания. Данные симптомы проходят при выполнении рекомендаций врача и корректирующих мероприятий, в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

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

Я понимаю, что гигиенический уход за полостью рта, при наличии ортопедических конструкций (зубных протезов), должен быть более тщательным, а контрольные и профилактические осмотры регулярными (не реже одного раза в полгода, если иное не назначено врачом).

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы, 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.

Пациент Ф.И.О. _____
Фамилия И. О пациента или законного представителя _____ _____
подпись

Врач _____
Фамилия И. О. лечащего врача _____ _____
подпись