

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства Ортодонтическое лечение

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении (о его преимуществах и недостатках, о стоимости лечения), и что я согласен (-на) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, _____ соглашаюсь с тем, что мое лечение (лечение сына, дочери) будет проводить врач-ортодонт: _____. В исключительных случаях (например, болезнь врача) Исполнитель может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мой согласие.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

- 2.1. Диагноз: _____
- 2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
- 2.3. Индивидуальный рекомендованный план ортодонтического лечения и подготовки к нему.
- 2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий ортодонтического лечения в зависимости от ситуаций, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач (особенности роста и развития зубочелюстной системы для детей и подростков, изменение общего состояния здоровья, беременности и т.д.).
- 2.5. Допустимость увеличения сроков лечения в случае нерегулярного посещения или невыполнения рекомендаций врача.
- 2.6. Необходимость соблюдения гигиены полости рта и режима питания.
- 2.7. В первые дни, недели ортодонтического лечения происходит адаптация организма, в связи с чем, могут возникать болевые ощущения при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистых оболочек губ и щек элементами ортодонтического аппарата. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят. При использовании лингвальной брекет-системы возможно нарушение дикции, проходящее в течение 2-3 недель. После активации аппаратов или после смены дуг возможен дискомфорт, болезненность, неприятные ощущения в зубах от давления при жевании, травмирование слизистой губ и щек в первые 3-7 дней. Для облегчения адаптации к несъемной ортодонтической аппаратуре можно воспользоваться специальным защитным воском.
- 2.8. Перемещение зубов возможно за счет перестройки костной ткани и связанной с этим подвижностью.
- 2.9. В процессе лечения возможно удаление постоянных и молочных зубов.
- 2.10. При необходимости понадобится апроксимальная сепарация зубов верхней и нижней челюсти, пришлифовывание бугров боковых зубов и режущих краев резцов.
- 2.11. Возможные альтернативные варианты, а именно: _____
- 2.12. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: _____
- 2.13. Возможные осложнения на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, независящих от врача (ненужное зачеркнуть, нужное добавить):
 - *отрыв брекетов при нарушении режима питания;*
 - *нарушение эмали зубов (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов, клиновидные дефекты), разрушения искусственных реставраций (трещины, сколы, переломы), что связано с постоянным изменением точек контактов между зубами, перегрузкой отдельных зубов;*
 - *воспаление десны (кровоточивость, отечность) – вследствие плохой гигиены полости рта, снижения иммунитета или изменения гормонального фона, обострение заболеваний пародонта, что может потребовать комплексного лечения у врача-ортодонта и врача-пародонтолога;*
 - *обострение заболеваний пародонта, обусловленное скрытыми очагами инфекции – в этом случае может возникнуть необходимость в комплексном лечении;*
 - *появление «черных треугольников»;*
 - *избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций вследствие несвоевременной явки к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта;*
 - *невозможность перемещения зуба – вследствие горизонтального расположения зуба в кости или сращения корня зуба с окружающей тканью;*
 - *усиление опускания десны (рецессия) – вследствие начальных признаков этого процесса до лечения;*
 - *рассасывание верхушек корней – вследствие гормональных нарушений, неконтролируемого использования ортодонтического аппарата, при перемещении зубов на большие расстояния;*
 - *нарушение речевой функции – временно, на период ортодонтического лечения;*
 - *поломка аппарата и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт – вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съемного аппарата в бассейне и др.);*

- *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 при поломке аппарата; некоторые зубочелюстные аномалии требуют постоянной ретенции (особенно те, причиной развития которых были мышечные нарушения);
- *хруст, щелканье, боль в области ВНЧС, головная боль*. Во время ортодонтического лечения происходит изменение прикуса, что приводит к изменению функций височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).
- _____

2.14. По окончании лечения следует ретенционный период – этап закрепления результата ортодонтического лечения. В случае нарушения режима ретенционного периода возможно развитие рецидива патологии прикуса.

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о прогнозах лечения и гарантиях.

Я поставлен(-а) в известность, что в связи с наличием высокой степени риска осложнений в результате лечения, установление гарантийных сроков по данному виде работ невозможно.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- методы и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- ориентировочные сроки проведения лечения;

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования, консультации, лечение:

- получение и анализ ортопантограммы, телерентгенограммы, прицельного снимка, электромиографическое обследование, денситометрия, обследование височно-нижнечелюстных суставов и др.

- консультации и лечение у врачей-стоматологов иного профиля: _____

- консультации и лечение у врачей других специальностей: _____

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы об условиях ортодонтического лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (-ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента: _____ / _____

Дата _____

Я, _____ даю свое согласие на то, чтобы материалы лечебно-диагностической работы (фотографии, рентгеновские снимки, контрольно-диагностические модели, другие лабораторные методы исследования, лечения, ретенции) использовались в учебном процессе в качестве демонстрационного материала.

Дата :

Подпись _____ / _____