

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

в соответствии ФЗ №323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказа Минздрава России от 20.12.2012 г. №1177н.

Я, _____ «_____» _____ г/р

действую в интересах несовершеннолетнего ребенка (подопечного) законным представителем которого я являюсь,

(Ф.И.О., гражданина до 15 лет – полностью, г/р)

настоящим подтверждаю, что, до проведения ортопедического лечения в АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме от лечащего врача _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

получил интересующую меня информацию о предстоящем протезировании _____

Проинформирован(а) о состоянии моего здоровья (моего подопечного), о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания и настоящим подтверждаю, что получил(а) детальные объяснения в устной форме о необходимости ортопедического лечения, план которого изложен в медицинской карте.

Лечащим врачом в доступной для меня форме разъяснено, что стоматологическое ортопедическое лечение - это медицинское вмешательство, которое своей целью имеет восстановление анатомической целостности зубных рядов путем изготовления зубного протеза, обеспечивающего восстановление анатомической формы зубов с учетом его цвета и оттенков, а так же адекватное распределение нагрузки за счет восстановления контактов с зубами-антагонистами. Такими зубными протезами обычно замещается значительный дефект зубного ряда, когда на челюсти отсутствует большая часть или все зубы. Однако в некоторых случаях съемные протезы изготавливают для небольших дефектов зубного ряда. Протезирование является заключительным этапом ортопедического лечения, для эффективности которого на первом этапе может потребоваться проведение терапевтической и хирургической санации, а также иные лечебные мероприятия, а именно: депульпирование, шлифование зубов, коррекция прикуса, устранение парафункции мышц, лечение височно-нижнечелюстных суставов, хирургические (коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, уздечек и проч.) и пародонтологические вмешательства. В ходе лечения может потребоваться рентгенографическое исследование. Перед некоторыми видами протезирования может потребоваться депульпирование зубов.

Мне понятно, что стоматологическое ортопедическое лечение не исключает других стоматологических манипуляций как перед протезированием, так и в процессе стоматологического ортопедического лечения. Мероприятия по терапевтическому, пародонтологическому, ортодонтологическому и хирургическому лечению зубов, а так же имплантация могут быть обязательными условием для достижения необходимого положительного результата стоматологического ортопедического лечения.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае могут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа, рецидивы деструктивных процессов в зубах и тканях челюсти).

Мне объяснено в доступной форме, что в зависимости от конкретной клинической ситуации, возраста, стадии патологического процесса индивидуально подбираются варианты ортопедического лечения, такие как: протезирование одиночными коронками (цельнолитые, цельнокерамические, металлокерамические и т.д.), протезирование мостовидными протезами (цельнолитые, цельнокерамические, металлокерамические и т.д.), протезирование на имплантатах, частичные съемные протезы (пластинчатые, бюгельные и т.д.), полные съемные протезы, вкладки, виниры и др.

Мне разъяснено, что: 1) Пластинчатые съемные протезы (частичные и полные) - представляют собой пластмассовое основание (базис) с закрепленными в нем зубными коронками. Базис изготавливается из акриловых пластмасс. В стоматологической деятельности применяются также съемные протезы из нейлона, полиуретана, силикона и т.п. По способу фиксации, их можно поделить на: протезы с функциональной присасываемостью (протезы на присосках), протезы на кламмерах (на крючках); 2) Бюгельные протезы (с замковым, кламерным или телескопическим креплением) - представляют собой металлическую дугу (в переводе с немецкого «бюгель» как раз и означает «дуга»), на которой закреплены пластмассовое десневое основание и зубные коронки; 3) Условно-съемные протезы, как правило, используются при потере одного жевательного зуба. Такой протез может закрепляться на соседних опорных зубах с помощью металлических лапок. Опорные элементы такого протеза могут приклеиваться к зубу или фиксироваться с помощью светоотверждаемых цемента. Такой протез пациенту снимать не нужно, поэтому он и называется условно-съемным. Для осуществления условно-съемного протезирования также используют разборные конструкции имплантатов. Данный вид протезирования показан в случаях, когда протез опирается только на имплантаты. Условно-съемные протезы могут быть: металлокерамическими или металлоакриловыми, с десневой маской или без нее и крепятся к имплантатам специальными винтами. При этом необходимо периодическое (не реже, чем 1 раз в 3 месяца) снятие всей конструкции для проведения плановых гигиенических процедур; 4) Комбинированные протезы - представляет собой протез, состоящий из элементов частей съемного и несъемного протезирования. К таким относятся съемные пластинчатые протезы, прикрепляемые к имплантатам с помощью замковых креплений, специальных балок и т.д.; 5) Коронка стоматологическая - ортопедическая конструкция, покрывающая коронковую часть зуба или имплантата или отдельно взятую часть поверхности зуба. Используется для восстановления дефектов зубов, которые не подлежат менее инвазивному лечению (пломба, вкладка), для изменения формы, положения (ротация, дистопия) и цвета зубов, а так же для покрытия коронковой части зубного имплантата; 6) Мостовидный протез - это разновидность несъемных стоматологических протезов, применяется для замещения включенных дефектов зубных рядов. Он применяется в случаях, когда разрушено несколько идущих подряд зубов, поэтому такой протез может крепиться на отстоящие друг от друга здоровые зубы или зубные имплантаты.

В доступной для моего понимания форме врач объяснил что: 1) для восстановления зубов (зубных рядов) искусственными ортопедическими конструкциями по абсолютным медицинским показаниям может потребоваться депульпирование - удаление нерва из интактного (здорового) зуба. Изготовление условно съемных, съемных и комбинированных протезов включает в себя подготовку, ретракцию десны, снятие слепка, лабораторный этап и их фиксацию в полости рта. Этапность выглядит следующим образом: а) Врач делает оттиски и передает их в лабораторию для изготовления индивидуальных ложек; б) Врач делает функциональный оттиск с использованием индивидуальной ложки, определяет правильное соотношение будущих верхних и нижних зубов. Оттиски или отлитые модели отправляются в зуботехническую лабораторию, где за несколько лабораторных этапов, чередующихся с примерками в кресле врача стоматолога-ортопеда, изготавливается готовая работа; в) изготовленные протезы припасовываются в полости рта, выверяется правильный и удобный для пациента контакт верхних и нижних зубов;

С учетом имеющейся у меня клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений организма выбранный вид протезирования считаю наиболее оптимальным и эффективным.

Врач подробно и доступно объяснил мне, что для покрытия зубов ортопедическими конструкциями проводится процедура их механического препарирования (снятия слоя твердых тканей зубов), которая является необратимой. С использованием специального слепочного материала снимается оттиск зубов и изготавливаются модели челюстей. Модель передается в техническую лабораторию. В следующие посещения, кратность которых зависит от сложности и объема работы, последовательно производится: примерка искусственных конструкций, подбор цвета, фиксация на временный (по показаниям) или постоянный цемент.

Я информирован(а), что практически все вышеуказанные виды протезов нуждаются в дополнительной коррекции после их наложения. Обычно для таких коррекций требуется не менее 3-4 посещений. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование, является своего рода вмешательством в биологический организм и как любое медицинское вмешательство не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования. 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 твердой ткани зубов. Поэтому, через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза. Съемные протезы являются инородным телом в полости рта, привыкание к которому требует терпения и времени. Врач понятно объяснял мне возможные сроки, результаты во время и после протезирования полости рта.

Ознакомлен(а) что последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба(ов), прогрессирование зубочелюстных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая потеря зубов, которые остались в наличии, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, невропатологии, появления и усиление болевых ощущений в области височнонижнечелюстного сустава.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства: индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувства жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи, изменение внешнего вида лица и улыбки, фонетики, постепенное ослабление фиксации протезов, их деформация, перелом, трещины или скол облицовочного материала. Также возможна повышенная чувствительность зубов после их шлифовки, а иногда и изменения вкусовых и температурных ощущений. При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломки протезов. Во время протезирования зубов и корневых каналов возможна поломка инструмента, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее такие осложнения могут стать причиной неудачи ортопедического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба. Мне разъяснено, что при появлении вышеуказанных последствий и осложнений после завершения лечения или любого из его этапов мне (представляемому) необходимо незамедлительно обратиться в АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений. Так же я предупрежден о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен (а) на их проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу. Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность на протяжении всего срока и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений. Рентгенография детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости. Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение данного анестезиологического медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечнососудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода в виде летального исхода. Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений: аллергические реакции организма на медикаментозные препараты; обморок, коллапс, шок; травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами; невралгиями и постинъекционными гематомами. Мне разъяснено, что обезболивание может быть затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Я информирован о том, что в этих случаях, при моем правомом отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Т.к. в этом случае он не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги (ФЗ «О защите прав потребителей») и нарушает право пациента на гуманное отношения при оказании медицинской помощи (ч.5. ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Я информирован(а), что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого лечения. Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Обязуюсь сообщить врачу обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и в настоящее время. Я поставил(а) в известность лечащего врача обо всех проблемах моего здоровья (моего подопечного), индивидуальной непереносимости лекарственных средств перенесенных травмах, операциях.

Я ознакомлен, что срок гарантии составляет _____, срок службы составляет _____. В тоже время я понимаю, что при определенном сроке гарантии на изготовленный протез/конструкцию, никто не может гарантировать безупречное состояние опорных зубов, а также то, что через какое-то время, зависящее от скорости протекания процессов «старения», которые индивидуальны у каждого человека, может возникнуть необходимость коррекции имеющихся протезов или их перделка. Я ознакомлен(а) и предупрежден(а) о том, что срок службы протезов уменьшается в связи с плохой гигиеной полости рта, а также с рядом эндогенных факторов: содержание фтора в воде, климатические условия (короткий световой день приводит к низкой усвояемости витамина «Д»), вследствие чего кальций плохо перерабатывается в организме человека).

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского специалиста, участие которого в моем (моего подопечного) лечении будет необходимо. Я понимаю, что невозможно точно установить точные сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека, и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также информирован(а) о последствиях несвоевременного лечения. Ортопедическое лечение требует регулярных осмотров у лечащего врача по индивидуально определенному графику. С целью профилактики развития болезненного воспаления десен необходим тщательный уход за зубными протезами, заключающийся в чистке зубных протезов зубной щеткой, соблюдении гигиены зубов и десен, полоскании рта. Информирован(а) о том, что Пациентам со съёмными протезами не рекомендуется употреблять вязкие и клейкие продукты (ириски, жевательные резинки и т.п.), твердую пищу, поскольку употребление указанных продуктов может обусловить поломку протеза и при наличии дискомфортных ощущений в полости рта необходимо обращение к врачу-стоматологу.

Этот документ содержит также необходимую для меня информацию о том, что я ознакомился(лась) с конструкцией протезов и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение иного вида лечения. Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения и сроках его проведения и принял сознательное решение осуществить стоматологическое ортопедическое лечение на вышеуказанных условиях и доверяю врачу принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения состояния. Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие вопросы и получил(а) на них исчерпывающие, полные, удовлетворяющие меня ответы, разъяснения. Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям Пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты Пациента и принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

✓ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.

Подпись пациента _____,

✓ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

Подпись пациента _____,

Содержание настоящего документа мною прочитано, оно полностью мне понятно, о чем я удостоверяю своей подписью.

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____