**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

**составлено в соответствии с ФЗ №323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказа Минздрава России от 12 ноября 2021 года № 1051н**

Мне\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, год рождения гражданина, либо законного представителя)

|  |
| --- |
| *действуя в интересах несовершеннолетнего ребенка (подопечного) законным представителем которого я являюсь, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(Ф.И.О., гражданина до 15 лет – полностью, г/р)* |

до проведения ортодонтического лечения в АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» медицинским работником ***врачом-ортодонтом Чесноковой Е.А***. в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.. 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 ребенка), индивидуальной непереносимости лекарственных средств, о перенесенных травмах, операциях и медикаментах которые я принимаю. Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Я понимаю, что нарушения в зубочелюстной области, аномалии прикуса могут быть воздействием генетических, а так же врожденных и приобретенных неблагополучных факторов окружающей среды, заболеваний, вредных привычек, плохой гигиены полости рта и могут привести к ряду морфологических и функциональных нарушений в других частях организма. Ортодонтическое лечение проводится в целях лечения и профилактики зубочелюстных патологий, в том числе исправления прикуса, способствует нормализации положения отдельных зубов, формы и размера зубных рядов, коррекции прикуса и является эффективным способом устранения дефектов и аномалий положения отдельных зубов, зубных рядов, прикуса, нормализации жевания и улучшению эстетики лица.

Я понимаю, что ортодонтическое лечение длительное по времени, способствует нормализации положения отдельных зубов, формы и размеров зубных рядов и коррекции прикуса. Ортодонтическое лечение является этапным, сроки ортодонтического лечения зависят от тяжести зубочелюстной аномалии пациента, индивидуальных особенностей организма, возраста и избранной методики лечения. Ортодонтическое лечение включает подготовительный затем активный период лечения и ретенционный этап лечения, для эффективности санации. Это лечение по показаниям отдельных зубов, герметизация фиссур и премоляров, пришлифовывание, сепарация зубов, устранение парафункции мыши, лечение височно-нижнечелюстных суставов, ряд хирургических (удаление по показаниям отдельных зубов раскрытие ретенирование зубов, коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей уздечек и др.) и пародонтических вмешательств. При выраженных скелетных аномалиях зубочелюстнолицевойсистемы может быть показана ортограническая хирургия. Ортодоническое лечение может быть подготовительным этапом перед протезированием или комплексом лечении пародонта зубов. Ортодоническое лечение может дополнятся физиотерапевтическим лечением, а также ношением внеротовой аппаратурой. Ортодоническое лечение может прерываться на период прорезывания отдельных зубов, а также для проведения профилактическихи лечебных мероприятий. Ортодоническое лечение может прерываться на период прорезывания отдельных зубов, а также для проведения профилактическихи лечебных мероприятий.

Противопоказаниями к ортодонтическому лечению являются наличие у пациента выраженных воспалительных заболеваний зубочелюстной системы, психических заболеваний, тяжелых аллергических заболеваний, а также наличие хронических одонтогенных очагов инфекции.

Перед началом ортодонтического лечения проводится диагностическая санация полости рта, включая фторирование, снятие зубного камня, лечение больных зубов с последующей реминерализующей терапией. Непосредственное ортодонтическое лечение включает в себя установление ортодонтического аппарата, его активацию, врачебный контроль за использованием установленного ортодонтического аппарата и состоянием зубочелюстной системы Пациента в течение всего периода активного лечения; ретенционный период, в том числе врачебный контроль за использованием ретенционного аппарата в течение всего ретенционного периода. В процессе ортодонтического лечения врачом может быть установлена необходимость проведение рентгенологического исследования зубочелюстной системы Пациента.

Успех и ожидаемый положительный эффект ортодонтического лечения зависит от качества санации полости рта (зубов и слизистой оболочки) до начала лечения, а также от строгого соблюдения Пациентом рекомендаций лечащего врача-ортодонта, а именно: своевременных и регулярных осмотров у врача-ортодонта как в процессе активного периода лечения, так и после него (в период пользования ретенционным аппаратом), тщательного соблюдения гигиены полости рта; невыполнение указанных требований может привести к снижению качества стоматологических услуг, удлинению сроков ортодонтического лечения, возникновению возможных нежелательных побочных или сопутствующих эффектов ортодонтической услуги, обусловить невозможность абсолютного или длительного достижения ожидаемого положительного эффекта ортодонтического лечения. Ожидаемым результатом ортодонтического лечения является достижение правильного положения зубов и нормализация моего прикуса.

В ходе лечения может потребоваться изменение плана и объёма лечения, обусловленное индивидуальной реакцией организма на медицинское вмешательство, в том числе удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти по рекомендации лечащего врача-ортодонта, данной до начала ортодонтического лечения. Длительность ортодонтического лечения, в том числе 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 неустраненных функциональных нарушений, конструктивных особенностей используемого ортодонтического аппарата, тщательности соблюдения рекомендаций лечащего врача. Ортодонтическое лечение осуществляется посредством ношения съемных и несъемных ортодонтических аппаратов. В Учреждении при оказании стоматологических услуг в области ортодонтии используются сертифицированные системы лечения. В период ортодонтического лечения необходимо регулярное посещение врача-ортодонта с целью контроля за проведением ортодонтического лечения, активации ортодонтического аппарата, последовательного изменения положения зубов. В случае отказа от врачебного контроля, несоблюдения врачебных рекомендаций возможно длительное или абсолютное недостижение положительного результата ортодонтического лечения. В период ортодонтического лечения также необходимо тщательное соблюдение гигиены полости рта вследствие того, что любая ортодонтическая аппаратура, прежде всего несъемная, затрудняет проведение индивидуальных гигиенических процедур, препятствуя самоочищению полости рта. Проведение гигиенических процедур (чистки зубов) с применением лечебно-профилактических фторсодержащих зубных паст, ополаскивателей, специальных зубных щеток с V-образным вырезом на щетине или 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 ортодонических конструкций, а также развитии гипертрофического гингивита (воспалительного процесса в области десен), сопровождающихся кровоточивостью, болезненностью, припухлостью десен. В период ретенционного лечения уровень гигиены, адекватный имевшему место в период активного лечения, должен сохраняться. Кроме того, в период ортодонтического лечения необходимо осуществлять тщательный уход за ортодонтической аппаратурой, заключающийся в чистке аппаратов специальной зубной щеткой без пасты 2 раза в сутки во время гигиены полости рта. С целью ухода за съемными ортодонтическими аппаратами возможно использование быстрорастворимых таблеток, предназначенных для замачивания съемных конструкций. Хранить съемные аппараты необходимо во влажной среде в жестких контейнерах.

В ходе ортодонтического лечения возможно развитие следующих осложнений, не являющихся дефектами качества медицинской услуги, а именно: возникновение аллергических реакций на компоненты ортодонтической аппаратуры, появление очагов деминерализации эмали и развитие кариозного процесса в зонах контакта 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 необходимости их перемещения, достигаемого за счет перестройки кости в процессе ортодонтического лечения, обострение заболеваний периодонта, обусловленных скрытыми очагами инфекции, развитие воспалительных процессов в области десен (гингивита), сопровождающихся кровоточивостью, болезненностью, припухлостью десен, травмирование слизистой оболочки полости рта, деформация отдельных зубов или зубных рядов после снятия ортодонтического аппарата, резорбция (рассасывание) корней зуба вследствие значительного перемещения зубов в процессе ортодонтического лечения; использование съемной ортодонтической аппаратуры может сопровождаться образованием двойного прикуса, что может обусловить нарушение функции височно-нижнечелюстного сустава 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 процессе лечения может возникнуть необходимость совместного лечения у врача-ортодонта и врача-пародонтолога.

Я информирован(а) о том, что эстетическая оценка результатов лечения, связанных с изменением во внешнем виде, субъективна, поэтому эстетическая неудовлетворенность результатом лечения, при отсутствии функциональных нарушений, не может быть основанием для предъявления претензий. Я информирован(а) о том, что изменения зубных рядов влияют на лицевой скелет в целом. Ортодонтическая аппаратура является инородным телом в полости рта, привыкание к которому требует терпения и времени. В первые несколько дней после фиксации ортодонтического аппарата, смены дуг, а также в период ношения ортодонтических конструкций может возникать дискомфорт, болезненность при разговоре, еде, проведении гигиенических процедур полости рта, натирание слизистой оболочки губы и щеки и т.д. В период ношения ортодонтических конструкций также могут возникнуть повышенное слюноотделение, измениться дикция, вкусовые ощущения при приеме пищи - в этом случае с целью облегчения процесса адаптации к ортодонтическому аппарату возможно использование защитного воска. Денежные средства, уплаченные за конструкцию, к ношению которой Пациент не может привыкнуть, возвращены не будут вследствие отсутствия и невозможности приспособиться к ношению конструкции вины учреждения. С целью предупреждения поломки ортодонтического аппарата, достижения положительного эффекта в процессе ортодонтического лечения также рекомендован отказ от приема в пищу продуктов питания, повышающих риск возникновение кариеса, заболевания десен и способствующих нарушению фиксации ортодонтической конструкции, 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. При этом употребление в пищу твердых овощей и фруктов (морковь, яблоки), иных продуктов, требующих нагрузки при откусывании, должно исключать их откусывание (перед употреблением продукты необходимо резать на кусочки, которые следует пережевывать боковыми зубами).

Я ознакомлен(а) с технологиями, методами, средствами и материалами, которые будут использованы в процессе лечения, согласен(а) с предложенным планом, последовательностью, сроками лечения, необходимостью рентгенологического обследования до, во время и после предложенного лечения. Я также информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, которые в данном случае будут иметь меньший клинический успех. Я информирован(а) о длительности лечения, о сроках адаптационного периода (до двух недель, а при лингвальных брекетах – до нескольких месяцев), о возможных незначительных болевых ощущениях, о дискомфорте после активации аппарата. Я информирован(а) о кратности повторных посещений врача-ортодонта не реже 1 раза в 3-4 недели. Я информирован(а) о необходимости: соблюдения всех рекомендаций и назначений врача до и после вмешательства, в том числе по уходу за аппаратурой; явки пациента на приемы в строго установленное врачом время; немедленного обращения к лечащему врачу, если ортодонтическая аппаратура сломалась или пациент ощущает неудобство. Мне известно, что только во время ортодонтического вмешательства может быть окончательно определен объем лечения. Мне понятен метод лечения, я согласен(на) с возможным расширением его объема и изменениями в процессе вмешательства.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций лечащего врача.

Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я проинформирован, что в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработка зубов, снятии оттисков, корректировке прикуса, фиксации ортодонической аппаратуры возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи.

При наличии в полости рта разнородных металлов могу возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта, несоблюдение гигиены полости рта может способствовать развитию кариеса и заболеваний пародонта.

Я проинформирован, что керамические и пластиковые брикеты хрупкие, могут ломаться в процессе работы и требуют замены. Керамические брикеты за счет своей твердости могут вызвать стираемость зубов-антагонистови в 5% случаев при их удалении отлом коронки зубов. При несоблюдении рекомендаций врача о характере приема пищи пациентов и отклеицании брекетов, повторное их приклеивание ухудшает условия фиксации и может требовать их замены. После окончания ортодонтического лечения и удалении брекетов, композитивные и керамические реставрации могут подлежать переделке. При наличии патологии височно-нижнечелюстных уставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к лечению. Меня также предупредили, что у растущих пациентов съемный ортодонтический аппарат должен быть припасован и сдан врачом в срок не более трех недель после его заказа и изготовления. При выявлении скрытых технологических дефектов увеличиваются сроки изготовления ортодонического аппарата, а в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового аппарата.

Мне доступно разъяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенного лечения. Я понял(а) риски и возможные осложнения при всех ортодонтических вмешательствах. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов, я (мой несовершеннолетний ребенок) должен исполнять все назначения, рекомендации и советы лечащего врача. 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. Я имел возможность задать врачу все интересующие вопросы о сути и условиях лечения и получил на них исчерпывающие и полные ответы, разъяснения. Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям 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.

Я даю согласие на рентгенологическое обследование и фотографирование до, во время и после лечения, а при необходимости на дополнительное обследование. Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется. Я получил(а) всю интересующую меня информацию о проведении ортодонтического лечения зубных рядов и даю добровольное согласие на ее проведение.

* 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_