

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:  
ПРОТЕЗИРОВАНИЕ СЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ**

Я \_\_\_\_\_

*Ф.И.О. взрослого пациента*

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, \_\_\_\_\_,  
законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

\_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)*

добровольно обращаюсь в **ООО «Жемчуг»**, далее именуемое – **«Исполнитель»**, и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **протезирование съемными конструкциями.**

Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

**Цели лечения.** Основными целями съемного протезирования являются: восстановление целостности, функции и эстетики-зубного ряда.

**Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства.** Съемное протезирование будет выполняться врачом в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения)

**ПРИ ДИАГНОЗЕ ЧАСТИЧНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ (ЧАСТИЧНАЯ ВТОРИЧНАЯ АДЕНТИЯ, ПОТЕРЯ ЗУБОВ ВСЛЕДСТВИЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ, УДАЛЕНИЯ ИЛИ ЛОКАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА)», «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) ПРИ ДИАГНОЗЕ ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ (ПОЛНАЯ ВТОРИЧНАЯ АДЕНТИЯ, ПОТЕРЯ ЗУБОВ ВСЛЕДСТВИЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ, УДАЛЕНИЯ ИЛИ ЛОКАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА)»,** утвержденными Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания (заболевания пациента, законным представителем которого я являюсь) и предварительного плана лечения.

**Съемное протезирование зубов** – это восстановление функций одного зуба, нескольких зубов или зубного ряда при помощи съемных конструкций. Съемное протезирование отличается тем, что протезы можно на время снимать (в том числе самостоятельно). Съемное протезирование широко применяется в случаях полной или частичной утраты зубов в зубном ряду.

Съемное протезирование проводится посредством установки полных или частичных съемных пластиночных или бюгельных протезов. Альтернативой этому виду протезирования является имплантация.

Бюгельные конструкции состоят из металлической дуги с закрепленными на ней элементами зубов, передающими жевательную нагрузку на десну, костную ткань челюстей и на опорные зубы через специальные крепления.

В качестве альтернативного метода протезирования зубов при достаточном объеме здоровой кости и отсутствии противопоказаний к применению указанного способа стоматологического ортопедического лечения может применяться условно-съемное протезирование на имплантатах, осуществляемое посредством вживления титанового изделия в челюстную кость для последующей постановки протеза.

Стоматологическое ортопедическое лечение в объеме протезирования зубов может включать несколько последовательных этапов: подготовительный этап, направленный на обследование пациента,

оценку состояния зубов и десен, санацию ротовой полости, препарирование опорных зубов для установки протеза, определение прикуса, снятие оттиска с зубов, определение цвета ортопедической конструкции, изготовление ортопедической конструкции в зуботехнической лаборатории, примерку конструкции в полости рта, установку конструкции в полости рта, коррекцию конструкции.

Выбор материалов и методов лечения, а также необходимых мне этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения.

Мне названы и со мной согласованы: 1) количество ортопедических конструкций, их особенности, материал, из которого изготавливаются протезы, применяемые лекарственные препараты в процессе ортопедического лечения, технологии (методы); 2) этапы и сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур и лечения в целом. Мне известно, что в процессе лечения план лечения может быть изменен, при этом новый план лечения должен быть согласован со мной.

Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и планом самого протезирования, с возможными альтернативными вариантами лечения. Я понимаю, что для достижения оптимального результата необходимо строго следовать этапам протезирования. Я соглашаюсь с тем, что при протезировании есть необходимость препарирования (обтачивания) зубов. Я понимаю и согласен(на) с тем, что для опоры протеза в некоторых случаях необходимо провести депульпирование (удаление нервов, при этом зуб становится неживым, но успешно выполняет функцию опоры протеза) и пломбирование корневых каналов зубов.

Я информирован (а), что при протезировании с использованием бюгельного протеза на опорных зубах будут видны фиксирующие элементы.

Врач объяснил мне, что я могу отказаться от лечения. Последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, нарушение жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, неврологическая патология, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, появление или нарастание болевых ощущений, появление или прогрессирование имеющихся у меня заболеваний, развитие инфекционных осложнений.

Врач проинформировал меня о том, что свое мнение/пожелание по поводу размера, цвета и формы моих зубных протезов я должен(а) буду высказать до изготовления протеза. Я понимаю, что требование по изменению цвета, формы и вида протезов после их изготовления является новой платной услугой и не входит в стоимость первоначального лечения.

### **Риски, последствия, осложнения.**

Врач информировал меня о возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время и после лечения: рвотный рефлекс, асфиксия материала, экстракция зубов, расцементировка старых ортопедических конструкций; перелом протезов с попаданием их элементов в желудочно-кишечный тракт и дыхательные пути; изменение цвета протезов; микротравмы десны; протезный стоматит; ощущение дискомфорта, болевые ощущения; аллергические реакции на инструменты и материалы, применяемые в процессе лечения; отёки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен; кариес опорных зубов под протезами; появление натёртостей при съёмном протезировании, возможная необходимость перебазировки съёмного протеза из-за атрофии альвеолярного гребня после удаления зубов; изменение дикции; появление запаха изо рта и образование налёта на протезах из-за несоблюдения мной гигиены полости рта и рекомендаций врача. Я информирован (а), что ношение съёмных протезов может привести к появлению подвижности опорных зубов, что потребует их удаления и изготовления нового протеза. Я информирован (а), что съёмные протезы необходимо корректировать.

Мне разъяснено, что указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги (лечения), а обусловлены индивидуальными особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

Я осведомлена(а), что при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других неврологических орофациальных заболеваниях и синдромах у меня могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, сколов и поломок протеза.

Мне разъяснено, что протезирование является вмешательством в биологический организм и, как любое медицинское вмешательство, не может обеспечить пожизненное сохранение результата лечения, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования. Зубочелюстная система подвергается регрессивным изменениям, которые проявляются в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости и разрушении твердых тканей зубов. Я уведомлен(а), что появление симптомов, связанных с гальванизмом, непереносимостью и аллергией на компоненты материалов после окончания лечения не является следствием неправильного лечения, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно.

Врач объяснил мне, что многократные примерки и коррекции протезов в процессе и после их изготовления, нарушение фиксации постоянных и временных конструкций, шлифовка готовых протезов по прикусу, расцементировка коронок являются особенностью ортопедических конструкций и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг.

Я информирован(а) и понимаю, что при использовании искусственной ортопедической конструкции возможны: застревание пищи, наличие видимых элементов фиксации протезов и металлических частей коронок; возможны неудобства при пользовании протезом (отсутствие разделения между спаянными коронками в составе протезов, изменение всех видов чувствительности, перекрывание частями протеза слизистой оболочки полости рта и др.). Мне разъяснено, что изменение цвета, болезни десен и слизистой оболочки, болезни опорных и других зубов, а также иные причины могут вызвать необходимость дополнительной коррекции или замены протеза на другую конструкцию.

**Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства:** эпилепсия, патология иммунной системы (тяжелые инфекции и т.п.); острые инфекционные заболевания; болезни крови (лейкозы, лимфогранулематоз) и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства.

Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях.

Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу о состоянии моего здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь): перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п. Я осознаю, что при сокрытии

информации о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, я понимаю, что это может негативно сказаться на результатах и сроках лечения, стоимости медицинских услуг.

Я информирован(а), что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения состояний (осложнений), как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний, травмах), а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях.

**Предполагаемые результаты лечения.** Ожидаемыми результатами лечения являются: восстановление целостности, функции и эстетики зубного ряда.

Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения субъективна.

Я информирован(а) и мне понятно, что итоговый результат протезирования может отличаться от ожидаемого мною, что искусственные протезы эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций в ротовой полости, особенно при различном освещении, что не является следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены конструктивными особенностями материалов и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

Я информирован(а), что привыкание к протезу происходит постепенно в течение нескольких месяцев, при этом возможен дискомфорт. При появлении боли в опорных зубах и деснах необходимо обратиться к лечащему врачу.

Я информирован(а), что некоторое время после восстановления зубного ряда съемным протезом необходимо ограничить нагрузку на протез.

Я понимаю значение гигиены полости рта при ортопедическом лечении и обязуюсь посещать специалистов для проведения профессиональной гигиены не реже трех-четырёх раз в год или с иной частотой, установленной лечащим врачом. Я информирован(а), что гигиенический уход за съемным протезом предполагает тщательную самостоятельную гигиену полости рта.

Я информирован(а) о существующих гарантийных сроках, установленных Исполнителем.

Я информирован(а) о необходимости применения обезболивания (местной инъекционной анестезии) для проведения медицинских манипуляций.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков, иногда необходимых при ортопедическом лечении.

Я информирован(а), что во избежание поломки протезов и образования сколов не рекомендуется в течение всего срока их службы пережевывать жесткую пищу (орехи, сухари, твердые фрукты и т.п.), откусывать от больших кусков (например, от целого яблока и т.п.).

Я информирован(а), что должен сообщать правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ, курении, высказывать все жалобы.

Я информирован(а), что неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме, может привести к увеличению сроков лечения и, как следствие, увеличению стоимости лечения.

Я согласен(на) выполнять рекомендации врача в процессе лечения. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской документации.

**Я принимаю решение приступить к медицинскому вмешательству, описанному в данном документе на вышеизложенных условиях.**

Я информирован(а), 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.

**Пациент/Законный представитель пациента:**

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Врач:**

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_