

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «Закон 323-ФЗ») и Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006". Этот документ содержит необходимую для меня информацию для того, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

с использованием окклюзионной шины

«__» _____ 20__ г.

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, _____,
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или
лица, признанного недееспособным:

добровольно обращаюсь в ООО «Жемчуг» для проведения стоматологического лечения и даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с использованием окклюзионной шины.

Я получил информацию о том, что окклюзионная шина – это съемный стоматологический аппарат лечебного и профилактического действия. Шина изготавливается из полимерных материалов, прошедших сертификацию для применения в полости рта.

В случае дискомфорта, связанного с повышенным тонусом или спазмом жевательных мышц с целью снижения болевых ощущений, изготавливается миорелаксирующая шина. В процессе ношения миорелаксирующей шины в полости рта происходит перераспределение мышечных нагрузок, что позволяет значительно расслабить спазмированные мышцы. Если есть нарушения в области височно-нижнечелюстного сустава – ВНЧС (щелчки, боль при открывании/закрывании рта или жевании), то изготавливается специальная репозиционная шина для подбора правильной терапевтической позиции нижней челюсти (цель подбора терапевтического положения нижней челюсти – восстановить физиологически правильную окклюзию и функцию ВНЧС для обеспечения стабильности зубочелюстной системы и комфорта пациента). Если во время ортопедического лечения при стираемости зубов и снижении высоты прикуса нужно восстановить значительный объем тканей зубов, то применяется шина, которая моделирует положение нижней челюсти и аналогичный прикус до потери объема тканей зубов.

Перед изготовлением шины для точного выявления причин дисфункции и подбора эффективного лечения проводится комплексная диагностика височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц при помощи различных функциональных проб, проводится изучение моделей челюстей в артикуляторе. Диагностика имеет разный объем исследований, назначается врачом по показаниям, не входит в стоимость шины и оплачивается дополнительно. На основании полученных диагностических данных врач моделирует индивидуальную шину, расслабляющую мышцы и корректирующую положение челюсти для снятия боли и восстановления функции ВНЧС.

Сроки ношения шины определяются индивидуально в каждом клиническом случае.

После адаптации мышц к новому положению нижней челюсти можно приступать к следующему этапу стоматологического лечения – ортодонтической коррекции или протезированию.

После фиксации шины в полости рта наступает период адаптации, длящийся от нескольких дней до нескольких недель, а в некоторых случаях - в течение всего лечения. Возникающий дискомфорт является физиологической нормой и не свидетельствует о некачественном лечении. Шина создает разобщение зубных рядов на толщину материала и может корректировать положение нижней челюсти для достижения оптимального терапевтического эффекта. В процессе лечения врач периодически корректирует конструкцию аппарата для оптимизации окклюзионных контактов и положения челюсти. Сроки ношения определяются индивидуально в каждом клиническом случае."

Мне разъяснено, что я имею право: полностью или частично отказаться от предложенного лечения; прекратить уже начатые медицинские процедуры, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

Исполнитель в полном объеме и доступной форме предоставил мне следующую информацию: рекомендуемые методы лечения, прогнозируемые результаты; режим работы медицинской организации, перечень предоставляемых платных медицинских услуг, стоимость каждой услуги, условия и порядок оказания услуг, правила оплаты; Положение о гарантиях предоставляемых услуг; уровень образования и квалификации специалистов, сертификаты и свидетельства о дополнительном образовании; эффективность применяемых методов лечения, используемые лекарственные препараты и медицинские изделия (их сроки годности, показания и противопоказания к применению); правила подготовки к процедурам; правила эксплуатации стоматологических конструкций; рекомендации по уходу за ортопедической шиной: чистка зубной щеткой с пастой 2 раза в день, промывание под проточной водой после каждого приема пищи, дополнительное применение специальных дезинфицирующих растворов, категорически запрещается принимать пищу в шине, аппарат не предназначен для защиты зубов при занятиях спортом, перед физическими нагрузками шину необходимо извлекать, хранить шину необходимо в индивидуальном контейнере; а также я должен(а) проходить регулярный осмотр у лечащего врача для контроля состояния конструкции.

Я подтверждаю, что вся указанная информация предоставлена мне в полном объеме, является понятной и достаточной для принятия осознанного решения о получении платных медицинских услуг.

Я обязуюсь информировать врача обо всех случаях аллергических реакций, обо всех имеющихся заболеваниях, травмах и перенесенных операциях, принимаемых лекарственных средствах.

Я согласен(на) с установленными сроками проведения лечения.

Я получил(а) разъяснения по всем медицинским терминам.

Я осознаю, что результат лечения зависит от индивидуальных особенностей организма.

Я понимаю, что при нарушении рекомендаций врача повторное лечение оплачивается отдельно.

Я согласен(на), что осложнения, вызванные индивидуальной реакцией организма, не являются гарантийным случаем.

Я разрешаю/не разрешаю использование фото/видеоматериалов в учебных целях с сохранением анонимности.

Я разрешаю доступ к информации о лечении для уполномоченных медицинских работников.

Настоящее решение принято мной добровольно и осознанно, на основании полной информации о сущности предлагаемого лечения, возможных рисках и альтернативах, прогнозируемых результатах. Я подтверждаю, что получил(а) исчерпывающие разъяснения, имел(а) возможность задать все вопросы. Я принимаю решение самостоятельно, без какого-либо давления. Настоящим выражаю СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ (нужное отметить) на предложенные медицинские вмешательства.

Подпись пациента: _____
(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____
(подпись) (ФИО полностью)

Дата « » _____ 20 __ г.