

**Информированное добровольное согласие
на ортопедическое лечение в ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ»**

от «___» _____ 20__ года

Мне, _____

Законному представителю Пациента _____,

«___» _____ г.р., врачом _____ предоставлена вся интересующая информация о предполагаемом ортопедическом лечении.

Ортопедическое лечение имеет своей целью долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическую реабилитацию. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования.

Я также ознакомлен(а) с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа). Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височнонижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я понимаю, что в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения, допустима коррекция намеченного плана и технологий лечения, о чем меня предварительно уведомит врач. Я согласен(а) с предложенным планом лечения. Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта; анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса 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 могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта. 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, поломок протезов.

Я предупрежден, что во время адаптационного периода протез (ортопедическая конструкция) может вызвать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти, натирание слизистой оболочки губ и щек, нарушение речи и другие дискомфортные ощущения, а также о том, что в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза. Я понимаю, что зубочелюстная система в течение жизни подвергается возрастным изменениям (как при наличии протеза, так и без него), которые проявляются в атрофии десны, атрофии костной ткани, стираемости поверхности зубов, что влечет за собой необходимость коррекции конструкции протеза или его переделки. Время коррекции или переделки протеза зависит от скорости изменений в полости рта конкретного человека.

При оказании ортопедической помощи гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима. Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, оговоренному с врачом и записанному в медицинскую карту.

Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе ортопедического лечения; ориентировочные сроки проведения лечения и его стоимость, т.к. объем работы можно будет определить только в процессе лечения.

Я понимаю, что для постановки точного диагноза и проведения эффективного лечения может потребоваться дополнительное обследование и рентгенологический контроль качества лечения; консультация врачей-стоматологов иного профиля; консультация врача общего медицинского профиля, а также, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана лечения, плана индивидуальных профилактических мероприятий и соблюдение всех рекомендаций и назначений врача. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями и планом его проведения.

Подпись Пациента/законного представителя Пациента _____

Подпись врача _____