

645-93-67

Информированное добровольное согласие на выполнение ортопедического лечения в стоматологии

Я, _____, года рождения, даю информированное добровольное согласие на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр ротовой полости и зубов, лабораторные и рентгенологические методы обследования, для получения стоматологической ортопедической помощи.

Медицинский работник _____ в доступной форме разъяснил цели и методы оказания стоматологического ортопедического лечения, связанные с ним риски, возможные варианты лечения, вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты лечения.

Медицинским работником предоставлена вся интересующая меня информация о предстоящем лечении, которая включает в себя: механическое препарирование зубов, снятие оттиска зубов слепочным материалом и изготовление, примерка и фиксация зубочелюстной искусственной конструкции.

Настоящим, я даю информированное добровольное согласие на выполнение мне

(полное наименование ортопедического 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 осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по независящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а), что целью ортопедического лечения является полное (или достаточное) восстановление эффективности зубочелюстной системы искусственными конструкциями; восстановление жевательной функции отдельных зубов, зубных рядов; нормализация смыкания зубов; профилактика дальнейшего нарушения функции жевательного аппарата; восстановление функций речи и глотания; лечение и профилактика функциональной перегрузки височно – нижнечелюстных суставов; устранение эстетических недостатков зубочелюстной системы.

Я информирован(а), 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.

Врач обосновал необходимость проведения ортопедического лечения и ознакомил с наиболее рациональным планом протезирования и подготовительных мероприятий, с которым я полностью согласен.

Меня также ознакомили с альтернативными вариантами лечения и их возможными результатами.

Я информирован(а), 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 или постоянный цемент.

Я информирован(а), что до проведения, во время проведения и после проведения ортопедических манипуляций может потребоваться:

- депульпирование- удаление нерва из интактного (здорового) зуба в случаях изменения положения опорного зуба или зуба антагониста (выраженный наклон, выдвижение) или близкого расположении пульпы (нерва) к эмали в силу индивидуальных анатомических особенностей;
- необходимость лечения корневых каналов при обработке зуба под искусственную коронку;
- необходимость удаления зуба с сомнительным или неблагоприятным прогнозом лечения (сложная анатомия каналов, выраженные очаги деструкции костной ткани и т.д.);
- удаление зуба вследствие выраженного поражения коронки зуба и(или) корня кариозным процессом, в результате чего невозможно создать благоприятные условия для адекватной фиксации протеза;
- необходимость лечения (перелечивания) корневых каналов зуба, покрытого коронкой, вследствие развития воспалительных изменений в каналах и тканях, окружающих зуб, что потребует снятия или переделки ортопедической конструкции;
- удаление зуба в результате его травматического раскола установленной опорной конструкцией;

Я информирован(а), что после проведения ортопедических манипуляций возможно:

- возникновение стойких расстройств в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания;
- другие психомиофункциональные расстройства;
- поломка протеза при наличии патологии височно – нижнечелюстных суставов;
- появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов искусственных конструкций;
- появление невралгии;

Я информирован(а), что также наиболее предпочтительным для здоровья и долгосрочного прогноза, является покрытие зубов искусственными ортопедическими конструкциями без предварительного депульпирования опорных зубов. Я понимаю, что в этом случае (в случае сохранения жизнеспособности пульпы опорного зуба) существует риск развития, по независящим от действия врача и правильности проведения манипуляций причинам, как в процессе протезирования, так и после покрытия зуба ортопедической конструкцией, следующих процессов:

- воспаление пульпы зуба;
- развитие воспалительного процесса в тканях вокруг корня опорного зуба.

Я информирован(а), что в этом случае будет проведено лечение корневых каналов.

Я информирован(а), что в случае, если зуб уже покрыт ортопедической конструкцией, лечение каналов может осуществляться только после снятия ортопедической конструкции. В этом случае, после проведенного лечения каналов, возникает необходимость изготовления новой ортопедической конструкции.

Я информирован(а), что в случае снятия ортопедической конструкции существует вероятность возникновения во время процедуры по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, следующих обстоятельств:

- чувство дискомфорта и болезненность;
- травма слизистой полости рта;
- скол, трещина, откол части или всей пломбы на соседних зубах, что по абсолютным медицинским показаниям потребует их лечения или восстановления;
- скол и(или) выпадение пломбы, перелом коронки, зуба, с которого снимается конструкция, что по абсолютным медицинским показаниям потребует восстановления пломбировочным материалом или опорной конструкцией;
- раскол, трещина, перелом корня зуба, с которого снимается конструкция, что по абсолютным медицинским показаниям потребует удаления зуба;
- скол облицовочных элементов ортопедической конструкции, что потребует её коррекции;
- необратимое повреждение, поломка ортопедической конструкции, что по абсолютным

медицинским показаниям потребует её полной замены.

Я информирован(а), что ортопедическое лечение не исключает других стоматологических манипуляций как перед протезированием, так и в процессе ортопедического лечения. Мероприятия по терапевтическому, пародонтологическому, ортодонтическому и хирургическому лечению зубов, а также имплантация могут быть обязательными условием для достижения необходимого положительного результата ортопедического лечения.

Я информирован(а), о возможных конструктивных, эстетических и функциональных особенностях искусственных ортопедических конструкций, не относящихся к существенным недостаткам оказанных услуг и не независимых от врача и правильности проведенных манипуляций, таких как:

- застревание пищи;
- наличие шахт для доступа к винтам;
- наличие видимых элементов фиксации съемных протезов и металлических частей коронок;
- отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций;
- отсутствие чувствительности к сжатию зубов;
- изменение всех видов чувствительности при перекрывании частями протеза слизистой оболочки полости рта;
- необходимость применения специальных средств для лучшей фиксации съемных протезов;
- неудобство при жевании, изменение дикции;
- многократные примерки и коррекции протезов в процессе и после их изготовления, необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата протезирования;
- раскручивание винта, фиксирующего ортопедическую конструкцию на имплантатах;
- нарушение фиксации постоянных и временных конструкций;
- снижение качества фиксации съемного протеза в процессе эксплуатации из-за естественного физического износа элементов фиксации, что потребует активации или замены фиксирующих элементов.

Я информирован(а), что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволютивных (возрастных) процессов, возникает необходимость коррекции либо переделки ортопедической конструкции.

Я информирован(а), о необходимости перебазировки съемных протезов в процессе их эксплуатации по назначению врача.

Я информирован(а), что при съемном протезировании протезы зубов не фиксируются постоянно в полости рта и требуют специального ухода и существует вероятность повреждения протеза, при неаккуратном с ним обращении.

Я информирован(а), о необходимости строго следовать этапам протезирования, о важности соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также необходимости полного восстановления целостности зубных рядов.

Я информирован(а), что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления, что может привести к следующим неблагоприятным последствиям:

- прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением окружающей кости;
- перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения;
- вторичные деформации зубных рядов, снижение эффективности жевания;
- ухудшение эстетики и нарушение функции речи;
- прогрессирование заболеваний пародонта;
- быстрая утрата оставшихся зубов;
- прогрессирующую убыль костной ткани в области отсутствующих и рядом стоящих зубов, что в дальнейшем может потребовать манипуляций по восстановлению костной ткани;
- повышенная стираемость зубов;
- нарушение пропорций лица и другие эстетические нарушения или изменения;
- заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейромышечная патология.

Я информирован(а), что:

- во время лечения моё общее состояние может измениться в худшую сторону. Я доверяю лечащему врачу и даю своё согласие принимать любые решения и медицинские действия, основанные на профессиональных знаниях, опыте и практических навыках врача, направленных на стабилизацию моего состояния и даю своё согласие на это.

- при проведении местного обезболивания (анестезии), обработки (обтачивания) зубов, снятия слепков (оттисков), использования специальных материалов и препаратов, возможно проявление следующих реакций: аллергическая реакции (в т. ч. на используемые материалы), онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи. Данные симптомы проходят самостоятельно в период адаптации или подлежат коррекции врачом, а в отдельных случаях, устраняются с помощью кратковременного приема лекарственных препаратов, назначенных врачом.

- при наличии в полости рта металлических протезов, пломб из амальгамы, в связи с присутствием разнородных металлов, могут возникнуть: чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта. Для предотвращения этих явлений, необходимо заменить устаревшие конструкции на современные, соответствующие условиям и достижениям современной медицины.

- при наличии заболеваний височно-нижнечелюстных суставов, других расстройств движения и функции мышц (психомиофункциональных), может возникнуть затрудненное привыкание (адаптация) к зубным протезам, появление тошноты, нарушение функций речи, жевания, глотания. Данные симптомы проходят при выполнении рекомендаций врача и корректирующих мероприятий, в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

Я ознакомлен и согласен с материалом из которого будет выполнена работа (изготовлен протез).

Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после окончания лечения не является гарантийным случаем, поскольку является следствием индивидуальной реакцией организма.

Я понимаю, что гигиенический уход за полостью рта, при наличии ортопедических конструкций (зубных протезов), должен быть более тщательным, а контрольные и профилактические осмотры регулярными (не реже одного раза в полгода, если иное не назначено врачом).

Я доверяю лечащему врачу и даю своё согласие принимать любые решения и медицинские действия, основанные на его профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить все рекомендации, которые врач сочтёт необходимыми для проведения настоящего лечения.

Я информирован(а), что при стоматологическом лечении имеется вероятность возникновения непредвиденных обстоятельств, в связи с тем, что специфика медицинской услуги предполагает вмешательство в биологические процессы, не контролируемые волей человека и не изученные окончательно современной медицинской наукой. И в таких случаях я не буду предъявлять претензий к лечащему меня врачу и к медицинской организации.

Я информирован(а) о необходимости контрольного осмотра в назначенное время для выявления и предупреждения возможных осложнений.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы, информация была доведена до меня в понятной и доступной форме.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю своё согласие на стоматологическое ортопедическое лечение в предложенном объёме.

Пациент _____

Врач _____

Дата _____