№ карты

Информированное добровольное согласие на ортодонтическое стоматологическое лечение с использованием окклюзионной шины

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии *со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.*

Я, Проверочный Иван Иванович,

получил(а) всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. **Цели лечения**. Окклюзионная шина используется для определения оптимального положения челюстей и закрепления данного положения. Принцип использования окклюзионной шины заключается в предотвращении смыкания мной зубов в привычном максимальном межбугорковом положении и переводе нижней челюсти в новое положение с созданием нового мышечного и суставного баланса.
2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства**. Окклюзионная шина - съемное лабораторно изготовленное приспособление из пластмассы или иного полимерного материала, воспроизводящее окклюзионную поверхность зубов, которое пациент носит временно с целью изменения окклюзионных контактов зубов и функционального расположения нижней челюсти. Окклюзионная шина может быть изготовлена как на верхнюю, так и на нижнюю челюсти. Основным материалом для окклюзионных шин является пластмасса горячей либо холодной полимеризации, но могут применяться и иные материалы. В лечении могут использоваться разные виды окклюзионных шин, в том числе: 1. Релаксационные. Требуются в комплексном лечении патологических состояний, связанных с нейромышечными расстройствами, снижая активность жевательной мускулатуры. Релаксационная шина может использоваться вместе с брекетами или отдельно. 2. Декомпрессионные. Используются для разгрузки ВНЧС, устранения сдавления структур ВНЧС. 3. Стабилизирующие. Нужны при нестабильном положении нижней челюсти. Помогают вернуть челюсти в нормальное положение и создать правильный контакт между зубами обоих зубных рядов. 4. Антеризирующие. Устанавливают нижнюю челюсть в переднее положение. Окклюзионная шина за счет специального оформления жевательной поверхности способствует расслаблению жевательной мускулатуры и дает возможность суставным головкам занять правильное физиологическое положение в суставных ямках. Мне разъяснено, что, для достижения целей лечения, я должен(на) носить окклюзионную шину **24 часа в сутки**, в том числе ночью.

Срок лечения с использованием окклюзионной шины, как правило, составляет от 1 до 6 месяцев. Мне понятно, что для контроля проведенной шинотерапии мне могут быть рекомендованы повторные диагностические исследования. Однако, по показаниям, срок может быть увеличен. Я понимаю, что заранее невозможно указать точную длительность ношения окклюзионной шины ввиду непредсказуемой реакции организма на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе лечения. Выбор окклюзионной шины, методов лечения, а также необходимых мне этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения. Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, которые будут иметь меньший клинический успех. Совместно с врачом я имел(а) возможность выбрать из всех вариантов лечения наиболее рациональный вариант.

Лечащий врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить лечение, я могу отказаться от него. Мне понятны негативные последствия, которые могут наступить для моего здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь) в случае такого отказа: дальнейшее усугубление нарушений прикуса; перегрузка отдельных зубов с их неконтролируемым перемещением и разрушением, прогрессирование стираемости зубов; появление (усугубление) лицевой асимметрии; появление дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС); избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций; заболевания пародонта; опускание десны (оголение шейки зубов); частичное рассасывание верхушек корней зубов; появление болей, дискомфорта и иные неблагоприятные последствия. В случае отказа от лечения и/или его прерывании по моей инициативе (вине) я самостоятельно несу риск наступления перечисленных неблагоприятных последствий. Доктор объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы достигнуть ожидаемых результатов лечения и избежать возможных осложнений: перед контрольным посещением врача шина должна находиться в полости рта как минимум в течение 30 минут; на период, когда я не пользуюсь шиной, она должна храниться в специальной емкости, рекомендованной врачом; для очистки шины от зубного налета необходимо периодически помещать ее в специальный раствор или чистить зубной щеткой с пастой. В течение всего периода лечения окклюзионную поверхность шины, возможно, потребуется несколько раз корректировать - сошлифовывать или наслаивать, используя быстротвердеющую пластмассу. Это требуется для реализации лечебного воздействия шины. Для того, чтобы врач мог постоянно контролировать положение шины и ход лечения я обязуюсь выполнять все рекомендации и предписания врача, особенно в части своевременных и регулярных визитов на назначенный прием, соблюдать тщательную гигиену полости рта.

Образец

3. **Риски, последствия, осложнения.** Я понимаю, что лечение с использованием окклюзионной шины является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. В ряде случаев после лечения с использованием окклюзионной шиной симптомы не пропадают или даже усиливаются. Это является признаком того, что причина заболевания выходит за рамки нарушения функции жевательных мышц и ВНЧС. Среди возможных пусковых механизмов заболеваний ВНЧС и (или) жевательных мышц (или заболеваний, сходных по симптоматике) могут быть эндокринные нарушения, системные заболевания соединительной ткани, инфекционные заболевания суставов, аутоиммунные полиартриты, травмы, заболевания позвоночника, невриты лицевого и тройничного нервов, заболевания уха, заболевания сосудов головы и шеи, психосоматические, психиатрические состояния и другое. В случае отсутствия эффекта от предложенного мне лечения и (или) при усугублении клинической картины возможно приостановление ортодонтического воздействия до момента проведения комплексного обследования и лечения в специализированных медицинских учреждениях. Я понимаю, что предложенное мне лечение может не привести к исчезновению симптомов и признаков дисфункции ВНЧС и (или) парафункции жевательных мышц. Возможными осложнениями лечения на разных его этапах вследствие ряда причин, независящих от Исполнителя являются: поломка шины и/или попадание ее частей в дыхательные пути и/или желудочно-кишечный тракт – вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата; частичная или полная потеря достигнутого результата – вследствие невыполнения рекомендаций врача, режима ношения, несвоевременного обращения к врачу при поломке шины; нарушения эмали зубов (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов); воспаление десны (кровоточивость, отечность) – вследствие плохой гигиены полости рта, снижения иммунитета или изменения гормонального фона; избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций – вследствие несвоевременной явки к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта; контактная аллергия; очаговая деминерализация тканей зуба, откол эмали, травматический периодонтит, травмы и гиперпластические изменения слизистой оболочки, обострения дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, рецидив аномалии. Общее состояние, возраст, пол и использование медикаментов также может оказывать влияние на сроки и результаты лечения. Я осознаю, что любой аппарат - это инородное тело в полости рта и требует привыкания. В это время может происходить нарушение речи, глотания, жевания; временная сухость во рту или повышенное слюнотечение; иногда встречаются болевые ощущения и повышенная чувствительность эмали зубов. По окончании лечения может понадобиться лечение кариозных поражений, протезирование ортопедическими конструкциями. Мне понятно, что указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

4. **Противопоказания:** патология иммунной системы (системная красная волчанка, тяжелые инфекции и т.п.) и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь): перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п. Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

5. **Предполагаемые результаты лечения.** Ожидаемым результатом лечения является достижение оптимального положения челюстей и закрепления данного положения при использовании ортодонтических и аппаратов - с целью улучшения функции височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) и всего комплекса жевательной мускулатуры. Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением во внешнем виде, субъективна, поэтому чисто эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не может быть основанием для предъявления претензий. Я понимаю, что дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) является многофакторным хроническим заболеванием и вылечить ее полностью невозможно.

6. Я даю свое разрешение на проведение эстетического контурирования (пришлифовки, сепарации) зубов. Мне разъяснены показания и методика проведения данной манипуляции. Я информирован(а), что возможно потребуется проведение повторной диагностики для определения плана лечения после завершения лечения с использованием окклюзионной шины.

7. Я информирован(а) о необходимости регулярных осмотров у лечащего врача в течение лечения не реже 1 раза в 2-3 недели. Я понимаю значение гигиены полости рта и обязуюсь проводить процедуры профессиональной гигиены у стоматологического гигиениста не реже шести раз в год.

8. Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в пункте 3 настоящего согласия состояний (осложнений), аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, 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, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.

9. Неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме, приводит к увеличению сроков лечения и как следствие, увеличению стоимости лечения. Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения, включая использования ирригатора полости рта и специальных ортодонтических щеток, рекомендованных врачом.

10. Я согласен (на) с тем, что, если я не буду следовать изложенным в настоящем документе рекомендациям, врач оставляет за собой право прекратить шинотерапию на любом этапе лечения при плохой гигиене полости рта (определяется индексом гигиены) с целью недопущения ухудшения моего состояния здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь). В этом случае деньги за проведенный объем лечения возвращены

Образец

не будут. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.
11. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.
12. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.
13. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.
Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.

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.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья (в том числе после смерти):

_____
Ф.И.О., контактный телефон

- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи.
- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.
- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

Беседу провел врач _____ / _____
(подпись)

Потребитель(Пациент) согласился с проведением медицинского вмешательства
(подпись)

Потребитель(Пациент) отказался от проведения медицинского вмешательства
(подпись)

Дата:

Образец