№ карты

Информированное добровольное согласие на шинирование зубов

Я, Проверочный Иван Иванович,
настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания

- K05.1 Хронический гингивит
- K05.3 Хронический пародонтит
- K05.4 Пародонтоз
- K05.5 Другие болезни пародонта
- K05.6 Болезнь пародонта неуточненная

Я информирован(а) лечащим врачом о том, что вместе с консервативным методом пародонтологического лечения (информированное добровольное согласие, на которое было подписано мною ранее) мне рекомендовано провести временное шинирование зубов. Мне понятно, что временное шинирование – это медицинское вмешательство, которое своей целью имеет соединение в единый блок подвижных зубов для ограничения их подвижности с целью устранения перегрузки пародонта. Соединение зубов проводят леской, специальными армирующими лентами и шнурами, а так же специальными металлическими дугами, которые фиксируются к подвижным зубам пломбировочными композитными светоотверждаемыми материалами. При наличии промежутков между зубами их можно заполнить композитными пломбировочными материалами, наносимыми на шинирующую конструкцию.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирование заболевания, усиление подвижности зубов, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба(ов), системные проявления заболевания.

Так же возможно прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функций речи, развитие заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и желудочно-кишечного тракта.

Врач объяснил мне и я понимаю, что шинирование зубов – временный этап лечения с целью сохранения зубов до протезирования или коррекции предыдущего плана лечения и сроки временного шинирования различны в зависимости от исходной степени подвижности зубов.

Я информирован(а), что альтернативными методами лечения является постоянное несъемное шинирующее протезирование коронками, вкладками, штифтовыми и колпачковыми конструкциями а так же постоянное шинирующее протезирование съемными ортопедическими конструкциями или отсутствие шинирования зубов вообще.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что хотя шинирование зубов имеют высокий процент клинического успеха, тем не менее, это биологическая процедура, а также временная процедура и поэтому она не может иметь гарантии на успех. При временном шинировании зубов положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Так же я предупрежден(а) о том, что возможно изменение дикции и появление ощущения инородного тела в полости рта, поэтому необходимо время для привыкания пациента к шинирующей конструкции.

Врач объяснил мне, и я понимаю, что срок службы шины зависит от соблюдения мною тщательной индивидуальной гигиены, своевременного проведения профессиональной гигиены и профилактических осмотров у лечащего врача. Я ознакомлен с рекомендуемыми датами визитов к врачу. Контрольный осмотр и коррекцию шины необходимо проводить через 3 месяца после шинирования, профессиональную гигиену через 6 месяцев после шинирования. В последующее время необходимо каждые полгода проводить контрольный и профилактический осмотры лечащим врачом и гигиенистом.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:

- возможно окрашивание скрепляющего пломбировочного материала в результате курения или потребления пищевых продуктов и напитков, содержащих красящие вещества (чай, кофе, красное вино);
- в результате несоблюдения индивидуальной гигиены полости рта может развиться воспаление десны в области зубов, скрепленных шиной;
- возможны сколы, переломы, деформация шинирующей конструкции. В случае поломки шины она легко реставрируется или делается заново.

Осложнением временного шинирования зубов является аллергическая реакция на материалы, содержащиеся в составе стекловолоконной ленты или шинирующих дуг.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после проведения временного шинирования зубов являются болевые ощущения в области вмешательства и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Образец

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства врачом клиники.

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):

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, 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) Проверочный Иван Иванович **согласился** с проведением медицинского вмешательства _____
(подпись)

(ф.и.о.)

Потребитель(Пациент) Проверочный Иван Иванович **отказался** от проведения медицинского вмешательства _____
(подпись)

(ф.и.о.)

Образец