№ карты

Информированное добровольное согласие пациента на ретенционный этап ортодонтического лечения

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**. Целью ретенционного этапа ортодонтического лечения является стабилизация достигнутых в ходе ортодонтического лечения результатов.
2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства**. Поскольку диагностический, подготовительный и лечебный этапы моего ортодонтического лечения завершены, я уведомлен(а) лечащим врачом о необходимости снятия несъемной ортодонтической аппаратуры (брекет-системы или иного аппарата) либо прекращения ношения элайнеров или другой съемной аппаратуры. Я согласен(на) со снятием брекет-системы (прекращением ношения элайнеров либо другой съемной аппаратуры) и установкой ретенционного аппарата - в связи с началом ретенционного этапа лечения. Меня устраивает полученный эстетический и функциональный результат проведенного мне ортодонтического лечения. Мне разъяснено и понятно, что после снятия брекет-системы (или иного ортодонтического аппарата либо прекращения ношения элайнеров или другой съемной аппаратуры) необходимо изготовить новый съемный или несъемный, одно- или двучелюстной ретенционный аппарат. Также возможно применение на этом этапе некоторых видов временного шинирования зубов. Ретенционный этап может длиться как несколько лет, так и пожизненно – в зависимости от показаний. Ретенционный аппарат может представлять из себя металлические дуги (проволоки) либо прозрачные капы или пластинки, изготовленные индивидуально для пациента, которые фиксируются на зубы. Как правило, ортодонт фиксирует несъемный ретенционный аппарат на внутреннюю поверхность зубов обеих челюстей. Ретенционный аппарат подлежит замене – ориентировочно 1 раз в 2 года, капа – 1 раз в год. Частота замены аппарата определяется по показаниям. Я уведомлен(а), что замена аппарата не входит в стоимость ортодонтического лечения. Я согласен(на) оплачивать стоимость замены ретенционного аппарата по ценам, указанным в действующем прейскуранте Исполнителя. Я ознакомлен(а) с вариантами изготовления ретенционных аппаратов и мною выбран вариант, который гарантирует при правильном использовании и уходе сохранение достигнутого результата. Выбор ортодонтической аппаратуры, материалов и методов ортодонтического лечения, а также необходимых мне этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения. Меня подробно ознакомили с планом лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Совместно с врачом я имел(а) возможность выбрать из всех вариантов лечения наиболее рациональный в моем клиническом случае вариант. Я согласен(на) оплачивать изготовление и замену ретенционной аппаратуры в соответствии с планом лечения и прейскурантом, действующим у Исполнителя.

Лечащий врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить ретенционный этап ортодонтического лечения, я могу отказаться от него. Мне понятны негативные последствия, которые могут наступить для моего здоровья в случае такого отказа: потеря достигнутого в ходе ортодонтического лечения результата, рецидив заболеваний, 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.

Мне разъяснено, что в случае изменения формы и размера зубов с помощью ортопедических коронок, виниров, вкладок, композитных реставраций необходимо будет изготовить новые ретенционные аппараты с моего согласия за дополнительную плату.

3. **Риски, последствия, осложнения.** Я понимаю, что любое лечение является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Мне понятно, что в период фиксации и ношения ортодонтической аппаратуры возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания и речи. При наличии психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к аппаратам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок ортодонтической аппаратуры. Возможными осложнениями ретенционного этапа лечения вследствие ряда причин, независящих от врача являются: нарушения эмали зубов (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов); воспаление десны (кровоточивость, отечность) – вследствие плохой гигиены полости рта, снижения иммунитета или изменения гормонального фона; нарушение речевой функции; поломка ретенционного аппарата и попадание его частей в дыхательные пути или

Образец

желудочно-кишечный тракт – вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съёмного аппарата в бассейне и др.); частичная или полная потеря достигнутого результата – вследствие несоблюдения требований к ретенционному периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача (например, удалить зачатки зубов «мудрости»), несвоевременного обращения к врачу при поломке аппарата. 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. **Противопоказаниями к ретенционному этапу лечения могут являться:** патология иммунной системы (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 (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 ретенционного этапа ортодонтического лечения является сохранение правильного положения зубов. Я информирован(а) о необходимости регулярных осмотров у лечащего врача в ретенционного периода – не реже 2 раз в год. Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь проводить процедуры профессиональной гигиены у стоматологического гигиениста не реже 2 раз в год. Я информирован(а) о необходимости использования ретенционных аппаратов, их видах, и возможной продолжительности ретенционного периода с целью закрепления результатов лечения. Мне разъяснили, и я понял(а), что в связи с непредсказуемостью дальнейшего развития зубочелюстной системы и возрастными изменениями жевательного аппарата, установление гарантийных сроков на ретенционный этап лечения невозможно.

6. 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.

7. Я согласен (на) с тем, что, если я не буду следовать изложенным в настоящем документе рекомендациям, врач оставляет за собой право снять ортодонтическую аппаратуру при плохой гигиене полости рта (определяется индексом гигиены) с целью недопущения ухудшения моего состояния здоровья. В этом случае деньги за проведенный объем лечения возвращены не будут. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

8. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.

9. 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.

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.

Врач: _____/_____

фио подпись

Потребитель(Пациент): Проверочный Иван Иванович/_____

фио подпись

Дата:

Образец