

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (протезирование с опорой на зубы)

Данное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства № 736 от 11.05.2023.

Я _____
(Ф.И.О. полностью)

при оказании мне стоматологических услуг в ООО «ДЕНТИК ФЭМИЛИ» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство – ортопедическое лечение (протезирование) с опорой на зубы.

Ортопедическое лечение (протезирование) с опорой на зубы - процесс восстановления зубов с использованием несъемных ортопедических конструкций: **зубная коронка** (ортопедическая конструкция, покрывающая коронковую часть зуба), **мостовидный протез** (ортопедическая конструкция, замещающая фрагмент зубного ряда).

Альтернативные варианты: использование съемных ортопедических конструкций, протезирование с опорой на имплантаты, отказ от ортопедического лечения.

Я подтверждаю, что врач проинформировал меня о планируемом протезировании с опорой на зубы и его методе: ортопедические конструкции (коронки, мостовидные протезы) могут изготавливаться из различных материалов. Конструкции являются постоянными, несъемными. В зависимости от типа ортопедической конструкции протезирование с опорой на зубы может включать в себя: проведение рентгенологических исследований, местной анестезии, депульпирование зубов, сошлифовывание твердых тканей зуба, снятие оттисков (слепков), сканирование, определение особенностей прикуса, создание шаблонов, моделей, выбор цвета материала, изготовление, неоднократную примерку, установку (фиксацию) ортопедических конструкций в полости рта, неоднократную коррекцию и динамическое наблюдение лечащим врачом. Ортопедические конструкции имеют цементную фиксацию. Мне разъяснено и понятно, что для предотвращения заболеваний пародонта, височно-нижнечелюстного сустава, сколов коронок, переломов протеза и многих других осложнений необходимо точное определение правильного контакта зубов-антагонистов при всех движениях нижней челюсти. Для этого бывает необходима взаимная пришлифовка верхних и нижних зубов, как своих, так и искусственных. В случае сильных зубочелюстных деформаций возможна настолько сильная пришлифовка зубов-антагонистов, что это может быть показанием к депульпированию этих зубов и покрытию их коронками. Я подтверждаю, что со мной согласован выбор ортопедической конструкции, метод протезирования, используемые материалы, я понимаю необходимость соблюдения последовательности и сроков лечения. Продолжительность лечения, необходимость коррекции определяются лечащим врачом индивидуально по медицинским показаниям.

Цель протезирования с опорой на зубы: восстановление анатомической целостности зубных рядов и окклюзии; создание условий для адекватного распределения нагрузки на все зубы в зубном ряду; улучшение функции жевания, речи; исправление анатомии лица (эстетическая цель).

Основными последствиями отказа от протезирования с опорой на зубы могут быть: перелом зуба; прогрессирование зубоальвеолярных деформаций; ухудшение функции жевания, речи; изменение формы лица, ухудшение эстетики; развитие заболевания десен; атрофия костной ткани и десен; изменение прикуса, увеличение нагрузки на другие зубы; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатология, появление либо нарастание болевых ощущений; развитие инфекционных осложнений.

Я осознаю и мне разъяснено, что во время ортопедического лечения могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. Я согласен (согласна) на то, что вид и тактика медицинского вмешательства может быть изменена врачом по его усмотрению с целью обеспечения максимальной защиты организма во время медицинского вмешательства.

Возможные риски и осложнения: при получении оттисков – рвотный, кашлевой рефлекс, ощущение нехватки воздуха, попадание массы в дыхательные пути, пищевод, экстракция зубов с патологической подвижностью, расцементировка старых конструкций; во время или после лечения: ощущение дискомфорта, боль, отечность, кровоточивость, травма десен, отечность лица, индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, повышенная чувствительность зубов после пришлифовки, изменение внешнего вида лица и улыбки, развитие воспалительного процесса; скол, трещины облицовочного материала, постепенное ослабление фиксации ортопедических конструкций, их деформация, перелом с попаданием элементов в желудочно-кишечный тракт и дыхательные пути, изменение цвета; могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к ортопедическим конструкциям, чувства тошноты,

нарушения 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 отсутствии надлежащего ухода за зубами и ортопедическими конструкциями возможно воспаление десны, проявление пародонтита и появление эстетически некрасивого смещения десны от края коронки (рецессия десны).

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и предотвратить, и которые не зависят в полной мере от квалификации, действий (бездействий) медицинского персонала. Я понимаю, что возникновение указанных осложнений, таким образом, не являются следствием некачественно оказанной мне услуги (дефектом медицинской услуги).

Я уведомлен(а), что наличие индивидуальных особенностей организма, не позволяющих пациенту полностью адаптироваться к качественно изготовленным ортопедическим конструкциям, появление симптомов гальванизма, аллергии не являются гарантийными случаями, поскольку подобные осложнения предсказать до начала лечения невозможно, и они не являются следствием некачественно оказанной медицинской помощи. В этом случае замена ортопедических конструкций осуществляется платно.

Предполагаемые результаты: восстановление анатомической и эстетической целостности зубных рядов, основной функции зубочелюстной системы (пережевывание пищи). Я понимаю, что протезирование является вмешательством в биологический организм и как любое медицинское вмешательство не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому, через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции либо переделки ортопедических конструкций. Я уведомлен(а), что ортопедические конструкции имеют эстетические и функциональные конструктивные особенности использования: ретенция (застывание) пищи, наличие видимых металлических частей коронок, ощущение неудобства при пользовании протезом (отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций и чувствительности к сжатию зубов). Мне понятно, что результат протезирования может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные ортопедические конструкции эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций в ротовой полости, особенно при различном освещении, что не является следствием некачественно оказанной медицинской помощи, а обусловлено особенностями используемых материалов.

Меня уведомили о рекомендациях по эксплуатации ортопедических конструкций, по уходу за полостью рта, отказу от вредных привычек, изменению режима и характера питания, необходимости регулярно приходить на контрольные осмотры и профессиональную гигиену полости рта не реже 1 раз в 6 месяцев.

Я проинформировал(а) врача обо всех сведениях, которые могут каким-либо образом повлиять на процесс и результат лечения, в т.ч. о наличии заболеваний (в т.ч. перенесенных), лечении в других медицинских организациях, противопоказаниях к применению каких-либо лекарств или процедур, обо всех случаях аллергии на лекарственные препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль в прошлом и настоящее время, сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических, токсических и психотропных средств. Я обязуюсь незамедлительно сообщать врачу обо всех изменениях моего (представляемого) здоровья.

Я подтверждаю, что врачом мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора протезирования с опорой на зубы, я имел(а) возможность полностью обсудить с врачом предстоящее медицинское вмешательство.

Также я информирован(а) о возможности получения бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) в других медицинских организациях. Я информирован(а), что ООО «ДЕНТИК ФЭМИЛИ» НЕ участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

Я ознакомлен(а) с положениями статей 29–32 Закона № 2300-1 "О защите прав потребителей", в том числе с правом на отказ от исполнения договора, правом на уменьшение цены при обнаружении недостатков,

правом на составление твердой сметы по моему требованию. Понимаю, что могу получить аналогичную медицинскую помощь бесплатно в рамках программы ОМС, о чем проинформирован(а) отдельно.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мною прочитаны, разъяснены мне медицинским работником и понятны.

Я добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство – протезирование с опорой на зубы на описанных выше условиях и обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Я уведомлен(а) о том, что может потребоваться несколько посещений в зависимости от клинического случая. Я согласен (согласна), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем информированном добровольном согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной. Получения от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача во время прохождения лечения не требуется.

Согласен на протезирование с опорой на зубы:

(указать номер(а) зуба(ов))

Пациент:

(Фамилия, инициалы пациента)

(подпись)

Врач:

(Фамилия, инициалы врача)

(подпись)

Дата оформления:
