

Информированное добровольное согласие на проведение ортопедического лечения

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.

Я _____, находясь на лечении _____, ознакомлен со следующим документом.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предполагаемым ортопедическим лечением и мог (могла) либо отказаться от него либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Доктор обосновал необходимость проведения ортопедического лечения. Я ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболевания пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа). Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функций речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания нервной системы.

Доктор понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строго соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать перед переходом к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование, является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном исполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологического восстановления целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Я понимаю уникальность и индивидуальность строения моей полости рта. Я понимаю что форма, цвет, и размер зубов, их расположение являются индивидуальными, поэтому, принимая во внимание все особенности, осознаю что фиксация (удержание), расположение кламмеров, форма, цвет и размер искусственных зубов, вплоть до их количества индивидуальны для каждого пациента.

Зубо-челюстная 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 протеза.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у доктора и поэтому обязуюсь приходить на необходимые контрольные осмотры (по графику, оговоренному с доктором и записанном в истории болезни).

Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я понимаю, что большинство материалов применяемых в ортопедической стоматологии являются сильными аллергенами, поэтому во избежание появления возможных аллергических реакций организма, а также осложнений со стороны ЖКТ и т. д. для составления рационального плана протезирования желательна предварительное заключение врача-аллерголога. В случае отсутствия данного заключения всю ответственность за возникновение возможных осложнений беру на себя.

Я понимаю, что в основе большинства протезов имеет пластмассу, а это довольно

хрупкий материал; основой облицовки металлокерамических и безметалловых конструкций является расплавленный кварцевый песок (цветное стекло), что также является хрупким материалом; в паяных мостовидных протезах припоем является серебро, которое по сравнению с металлом основного протеза имеет меньшую прочность; при эксплуатации протезов имеющих в основе металлическое литье под влиянием жевательной нагрузки неизбежно наступает усталость металла, что в конечном итоге приводит к поломке протеза. Я осознаю, что увеличение срока службы протеза зависит от моего бережного отношения к нему.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что нет стопроцентной гарантии в совпадении ожидаемого мною результата и действительным результатом, т.к. представления пациентов о протезировании, как правило, не совпадают с реальной действительностью. Я согласен, что при подготовке к протезированию могут возникнуть различные проблемы с моими зубами, которые заранее невозможно было предусмотреть. Это может повлечь за собой изменение плана и сроков протезирования. Я предупрежден об ущербности частичного протезирования и понимаю его последствия.

На момент начала протезной ортопедической работы оплачиваются слепки, анестезия, расходные материалы и т. д. и вносится 50% оплаты от расчетной суммы, по наряду на изготовление протезно-ортопедической работы. На момент второй примерки - 25%, на момент сдачи - 25%.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Я подтверждаю что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное и имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось не выясненных вопросов к врачу.

Мое решение является свободным и добровольным, и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Подпись пациента: _____
(Фамилия И.О. (полностью))

Подпись врача: _____
(Фамилия И.О. (полностью))

Дата _____