

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ВКЛАДКИ, НАКЛАДКИ, ВИНИРЫ, ЛЮМИНИРЫ)

от «____» _____ 20__ г.
Я, _____

(ФИО)

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

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

Мне разъяснено, что восстановительное ортопедическое лечение своей целью имеет реставрацию зуба путем изготовления зубного протеза, обеспечивающего восстановление анатомической формы зуба с учетом его цвета и оттенков, а также адекватное распределение нагрузки за счет восстановления контактов с зубами-антагонистами. Таковыми протезами являются:

- Инлей - микропротез, располагающийся внутри твердых тканей коронки зуба;
- Онлей - микропротез, располагающийся внутри, в глубине тканей, но при этом имеется окклюзионная накладка, защищающая стенки

зуба от переломов при действии прямой нагрузки;

- Оверлей - микропротез, охватывающий 4 из 5 свободных стенок зуба;
- Пинлей - микропротез, укрепленный в зубе с помощью штифтов (макро- или микроштифтов);
- Винир (люминир) - микропротез, покрывающий вестибулярную поверхность фронтальных зубов.

Керамические накладки (виниры) представляют собой тонкую, обычно керамическую пластинку, плотно фиксированную на поверхности

зуба. Для их изготовления с поверхности зуба снимается тонкий слой, после чего делается слепок подготовленного зуба, и в лаборатории

изготавливается соответствующая керамическая накладка. Постоянный винир крепится на зубе с помощью специального стоматологического

затвердевающего вещества. Обладая естественным видом, виниры изготавливаются индивидуально для каждого пациента.

В зависимости от цели установки различают следующие типы виниров: эстетические, восстанавливающие форму зуба, восстанавливающие

форму зубного ряда и виниры для коррекции дефекта цвета зуба и др. Основное преимущество, которым обладают виниры - это то,

что зуб остается живым и живет гораздо дольше, чем под коронкой.

Люминеры - это пластинки высокопрочного фарфора толщиной не более 0,3 мм. Они не требуют никакого препарирования зуба и, так

же как и другие накладки, закрепляются на зубе с помощью специального затвердевающего состава.

Для обозначения Инлей, Онлей, Оверлей и Пинлей чаще всего используется одно слово ВКЛАДКИ - это ортопедическая конструкция,

изготавливаемая в зуботехнической лаборатории и фиксируемая в препарированной полости зуба специальным затвердевающим веществом,

обеспечивающая восстановление коронковой (наддесневой) части зуба. В зависимости от целеполагания вкладки бывают:

- Металлическая культевая вкладка - это литая штифтовая конструкция, которая фиксируется в канале зуба.

Разборные конструкции

используются для восстановления зубов с двумя и более корнями. Культевая вкладка отливается из: кобальто-хромового сплава,

серебряно-палладиевого сплава, сплавов золота, сплавов титана и служит основой для будущей коронки.

- Неметаллическая вкладка (intey, ontey, overtey) может быть изготовлена следующими способами:

- Ручное изготовление методом наслоения керамики или композита;

- Метод прессования керамики из готовых фарм-таблеток, предлагаемых производителем Empress 1 или Empress 2, e.Max press. На модели происходит

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

восковое моделирование будущей вкладки, затем воск выплавляется, и под давлением тот объем, который занимал воск, занимает разогретая керамика.

После остывания вкладки следует этап нанесения специальных керамических красителей;

- Метод цифрового сканирования CAD и CAM фрезерования вкладки: Сканируется зуб на гипсовой модели или в полости рта, затем или с помощью специальной программы происходит построение границ будущей реставрации, или сканируется восковая модель вкладки. Вся полученная информация передается на цифровой фрезер, который в 4 или 5 плоскостях одновременно проводит фрезеровку изделия. Метод довольно точен, но все же ручное изготовление по технологии пресс-керамики и послойное нанесение керамики несколько точнее, при условии высокой квалификации оператора зубного техника.

Сегодня существует множество CAD/CAM систем. Это: I.AVA, Procera, OCS Dental AG, Cerec3, Cerec inl.ab, MultiSpeed 5, Katana, Wieland, Cercon Degudent и др.

Заготовки для изготовления изделий по этому методу чаще одноцветные, поэтому для придания естественности вкладке требуется корректирующее окрашивание перед финишным обжигом.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что последствиями отказа от протезирования коронковой (видимой) части зуба могут быть: перелом зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, невропатология.

Я информирован(а), что альтернативными методами лечения являются восстановление разрушенного зуба пломбами (с укрепляющими штифтами и без), коронками, удаление зуба или отсутствие лечения вообще.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства: индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи, изменение внешнего вида лица и улыбки, фонетики, постепенное ослабление фиксации протезов, их деформация, перелом, трещины или скол облицовочного материала. Также возможна повышенная чувствительность зубов после их шлифровки. При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психо-миофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломки протезов.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после проведения восстановительного ортопедического лечения 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.

При протезировании на имплантах, установленных в другой клинике, ответственность за качество установленного импланта несет клиника, в которой было проведено лечение. При этом, некачественно установленный имплант может повлиять на качество дальнейшего протезирования и устойчивости коронки на импланте. Я понимаю, что мне придется очень бережно относиться к зубу из-за высокого риска выпадения коронки при жевании на нем твердой пищи, выпадения коронки, поэтому я соглашаюсь с вероятностью выпадения коронки и других осложнений, которые не связаны с надлежащим оказанием услуг по протезированию зуба и будут лечиться за отдельную стоимость, поэтому я обязуюсь не предъявлять претензий к Исполнителю в случае их возникновения.

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

Я проинформировал врача обо всех случаях аллергии на медикаментозные препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль в прошлом и настоящее время. Я обязуюсь незамедлительно сообщать моему лечащему врачу обо всех изменениях моего здоровья.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я соглашаюсь с тем, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование

внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а), возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях. Я подтверждаю, что в Анкете назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

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. _

Беседу провел врач _____ / _____
(подпись, Ф.И.О.)

Пациент (Законный представитель несовершеннолетнего Пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства _____ (подпись)