

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.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА УСТАНОВКУ ВРЕМЕННОЙ КОНСТРУКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СКЕЛЕТНОЙ ОПОРЫ

от «____» _____ 20__ г.

Я, _____

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)

выбрал(а) установку конструкций (минивинтов) как один из предложенных мне видов стоматологического лечения с использованием скелетной опоры, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о том, что имеющейся у меня объем костной ткани недостаточен для постановки мне конструкций, для стабилизации в ходе перемещения зубов в правильное положение, для нормализации прикуса и используется для создания дополнительной временной опоры, потому что число и особенности положения моих зубов препятствует эффективному перемещению без дополнительных опор.

В качестве скелетной опоры могут использоваться:

1. Минивинты - временные ортодонтические мини-имплантаты;
2. Временные якорные ортодонтические минипластины.

Установка скелетной опоры выполняется в процессе ортодонтического или хирургического лечения.

Мне разъяснено и понятно, что операция по установке скелетной опоры (минивинты, минипластины) является одним из способов решения этой проблемы и представляет собой дополнительную хирургическую операцию. Минивинты/минипластины устанавливаются в ротовую полость в области нёба; между зубами на верхней и/или нижней челюсти; в области наружной косой линии нижней челюсти, справа/слева; в область подскулового гребня верхней челюсти, справа/слева.

После завершения использования скелетной опоры и достижения нужного положения зубов согласно плану лечения минивинты (минипластины) удаляются.

Скелетная опора может устанавливаться на срок от 1 месяца до 1,5 лет. Я понимаю, что невозможно точно установить сроки лечения ввиду непредсказуемой реакции организма на проведенное медицинское вмешательство.

Минивинты (минипластины) могут быть изготовлены из нержавеющей стали, титана и других материалов.

Альтернативными методами лечения являются:

- отказ от лечения в пользу имплантации;
- отсутствие лечения вообще.

Мне были разъяснены и мне понятно следующие возможные противопоказания к проведению лечения: Абсолютные противопоказания : декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы, патология иммунной системы, заболевания костной системы, снижающие репутацию кости, заболевания эндокринной системы, болезни крови, заболевания центральной и периферической нервной системы, злокачественные опухоли, ВИЧ и венерические заболевания.

Относительные противопоказания: неудовлетворительная гигиена полости рта, предраковые заболевания полости рта, прохождение пациентом курса радио и химиотерапии, курение, занятия экстремальными и травматичными видами спорта, беременность.

Мне понятны негативные последствия, которые могут возникнуть в случае отказа от лечения: дальнейшее 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.

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

воспаление и инфицирование участка, куда установлен временный минивинт (минипластина); отторжение временного минивинта (минипластины); поломка временного минивинта (минипластины); излишняя подвижность временных минивинтов (минипластин); миграция скелетной опоры, требующая повторной переустановки; повреждение корней соседних зубов во время установки скелетной опоры; самопроизвольное

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.

выпадение временных минивинтов с возможным заглыванием; попадание временного минивинта (части минипластины) в дыхательные пути и/или в желудочно-кишечный тракт; миграция временного минивинта в верхнечелюстную пазуху; перфорация верхнечелюстной пазухи; травма нижнего альвеолярного нерва вследствие повреждения нижнечелюстного канала; перфорация дна полости носа; верхнечелюстной синусит; болевые ощущения, в случае вышеперечисленных осложнений, при необходимости переустановки временного минивинта (минипластины) для продолжения лечения, я понимаю, что переустановка временных минимплантов (миниплантин) - проводится за счет пациента. Мне понятно, что во время манипуляций в полости рта (анестезии, обработки зубов) возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания и речи

Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первое время, отеки, гематомы (синяки).

Я информирован(а), что, хотя операция по установке конструкций (временных минивинтов/минипластин) имеет высокий процент клинического успеха и поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что эта операция является вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов имплантации.

Я понимаю и принимаю то, что 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. Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после данного вида оперативного вмешательства 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.

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, отечности 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.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача в послеоперационный период.

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

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.

врачом клиники.

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

Пациент (законный представитель несовершеннолетнего Пациента) согласился с проведением

медицинского вмешательства _____
(подпись)