

**Информированное добровольное согласие на
медицинское вмешательство
«Ортодонтическое лечение с использованием стоматологических микроимплантов».**

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, _____,
(Ф.И.О. пациента либо законного представителя пациента – полностью, год рождения)

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____
являюсь законным представителем _____ Ф.И.О. несовершеннолетнего пациента _____, дата рождения Пациента: _____

даю согласие на медицинское вмешательство – ортодонтическое лечение с использованием микроимплантов. Я информирован/а/, что манипуляция будет проводиться под местным обезболиванием или премедикацией.

Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

Мне известны имеющиеся у меня заболевания полости рта, а также дефекты моего зубного ряда. Мне объяснили возможность проведения ортодонтического лечения с применением микроимплантов, а также другие альтернативные способы ортодонтического лечения без применения микроимплантов.

Микроимпланты – винты, длина которых не превышает 17 мм. В ходе манипуляции в мягких тканях создается небольшое отверстие, в которое ввинчивается микроимплант с помощью ортодонтической отвертки. Крепление устанавливается между корнями двух находящихся рядом зубов. После процедуры головка микроимпланта оказывается выступающей над поверхностью эпителия. К ней прикрепляются различные пружины и цепочки для изменения положения зубов.

Они используются в ортодонтии для восстановления зубного ряда или исправления прикуса.

Микроимпланты представляют собой конструкции, выполненные из титана или титанового сплава. Используются как в качестве самостоятельных опорных элементов, так и для крепления на них дополнительных приспособления и аппаратов металлических конструкций. Подобные крепления устанавливаются в костную ткань верхней или нижней челюсти.

Мне известно, что показаниями к установке микроимплантов является:

- необходимость временной фиксации ортодонтических скоб;
- отсутствие одного или нескольких зубов;
- повышенная подвижность зубов, невозможность их использования в качестве опоры брекет-системы;
- различные дефекты челюстно-жевательного аппарата.

Я информирован(а), что во время манипуляции врач может изменить ее план в зависимости от фактического состояния костной ткани.

Я информирован(а), что микроимплантаты могут вызывать реакцию отторжения, что приведет к их удалению.

Альтернативными методами лечения являются: традиционное ортодонтическое лечение или отсутствие лечения вообще.

Противопоказания к использованию микроимпланта:

- Злоупотребление спиртосодержащими напитками, психотропными препаратами, выраженное пристрастие к табаку.
- Коагулопатии, то есть различные нарушения свертывающей функции крови, при которых запрещены любые оперативные вмешательства.

Пациент (законный представитель) _____
(подпись) _____ (Ф.И.О. полностью)

- Сахарный диабет. При данном заболевании нарушается трофика в мягких тканях челюсти, из-за чего возможно отторжение микроимпланта или разрушение кости.
- Нарушение работы иммунной системы. В абсолютном большинстве случаев микроимпланты благополучно приживаются и не вызывают реакцию отторжения. Однако у отдельных пациентов из-за дисфункции иммунитета возможно развитие отеков, воспалений и некрозов.
- Онкологические заболевания и период химиотерапии являются абсолютным противопоказанием к установке микроимплантов.
- Патологии десен. В результате воспаления при гингивите ткани постепенно деформируются, что делает невозможным установку микроимпланта и брекет-систем.

Мне известно, что при любом хирургическом вмешательстве неизбежно происходит причинение вынужденного вреда организму для предотвращения вреда от основного заболевания, а также причинение некоторых нравственных и физических страданий.

Меня предупредили, что в силу индивидуальных биологических особенностей человеческого организма существует определенный РИСК и возможность НЕПРЕДВИДЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.

Меня информировали о том, что манипуляции по установке стоматологических микроимплантатов заведомо связаны с риском и положительный результат зависит от состояния организма пациента, поэтому клиника не дает 100% гарантии положительного результата.

Меня предупредили о том, что в ходе манипуляции возможно выявление анатомических особенностей строения челюсти, в результате чего врач может изменить план лечения либо прекратить вмешательство.

Мне известны осложнения, которые могут возникнуть в связи с проведением ортодонтического лечения с использованием микроимплантатов:

- Травмирование корней зуба. Подобное осложнение возможно из-за особенностей формы корня. Избежать подобных нарушений позволяет рентгенография челюсти. Иногда винт задевает поверхность корня при перемещении зуба. В таком случае микроимплант извлекается и устанавливается его на другой участок.
- Трещина или перелом микроимпланта. Возникает при установке винта или в результате избыточного давления на него при жевании. В таком случае под местной анестезией удаляется оставшаяся в кости часть конструкции.
- Нарушение устойчивости микроимпланта в результате воздействия на него избыточного давления. Риск подобных осложнений возникает примерно у 10-15% пациентов. Для профилактики патологии рекомендуется не грызть и не раскусывать твердую пищу.
- Отторжение микроимплантов. Встречается крайне редко и обычно поражает людей с сильно ослабленным иммунитетом. Отмечается не более чем в 2-5% случаев. При развитии отторжения микроимплант необходимо удалить. Повторная его установка возможна только после устранения причины, спровоцировавшей осложнение.

Меня заранее предупредили, что указанные осложнения невозможно предвидеть и избежать, и клиника не несет ответственности за их наступление.

Я понимаю, что курение, приём алкоголя, употребление сахара, могут повлиять на заживление десны и снижают успех лечения. Я согласен выполнять рекомендации моего врача по приёму лекарственных препаратов в последующем периоде, по уходу за полостью рта и регулярно приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в медицинской карте стоматологического больного).

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.

Я информирован(а) о необходимости в течении 24 часов после манипуляции соблюдать полный покой: не работать и не управлять автомобилем, не жевать и не разговаривать; соблюдать щадящую (жидкую) диету и гигиену полости рта.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я 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 невыясненных вопросов к врачу.

Пациент (законный представитель) _____
(подпись)

(Ф.И.О. полностью)

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство ортодонтическое лечение с использованием стоматологических микроимплантов на предложенных условиях.

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

«_____» _____ 20____ г.

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

Пациент согласился на медицинское вмешательство _____ (подпись)

Пациент отказался от медицинского вмешательства _____ (подпись)