

**Информированное добровольное согласие
на медицинское(-ие) вмешательство(-а) – ортодонтическое лечение**
(основание: статья 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, _____,

«__» _____ г. р., проживающий(-ая) по адресу: _____,

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

паспорт: _____, выдан: _____
(серия, номер) (орган, выдавший паспорт, и дата выдачи)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – нужное подчеркнуть) ребёнка или лица, признанного недееспособным:

_____ (Ф.И.О. ребёнка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинское(-ие) вмешательство(-а), а именно: ортодонтическое скрепление металлической проволокой и/или коррекцию прикуса с использованием съёмных и несъёмных ортопедических конструкций, и/или полирование ортодонтической конструкции, и/или ортодонтическую коррекцию, и/или ортодонтическую коррекцию несъёмным ортодонтическим аппаратом, и/или ортодонтическую коррекцию съёмным ортодонтическим аппаратом, и/или ортодонтическую коррекцию с применением брекет-систем, и/или снятие, постановку коронки, кольца ортодонтических, и/или распили ортодонтического аппарата через винт, и/или коррекцию съёмного ортодонтического аппарата, и/или ремонт ортодонтического аппарата, и/или изготовление кольца ортодонтического, и/или изготовление коронки ортодонтической, и/или изготовление пластинки вестибулярной, и/или изготовление пластинки с заслоном для языка (без кламмеров), и/или изготовление пластинки с окклюзионными накладками, и/или изготовление позиционера, и/или изготовление съёмной пластинки из пластмассы без элементов (накусочной пластинки), и/или изготовление элайнера, и/или изготовление дуги вестибулярной, и/или припасовку и наложение ортодонтического аппарата, и/или приём (осмотр, консультацию) врача-ортодонта первичный, и/или приём (осмотр, консультацию) врача-ортодонта повторный и т.д. (далее – **ортодонтическое лечение**).

Медицинский работник _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

после выполненной диагностики обосновал необходимость в проведении ортодонтического лечения.

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемым ортодонтическим лечением и, в соответствии со своей волей, мог(ла) либо отказаться от него, либо дать своё согласие на ортодонтическое лечение.

Последствиями отказа от предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) ортодонтического лечения могут быть, в том числе: развитие или прогрессирование вторичных деформаций зубных рядов; снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики и нарушение функции речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата зубов; повышенная стираемость зубов вследствие их функциональной перегрузки; появление и прогрессирование кариеса зубов и некариозных поражений зубов; заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейромышечная патология; невозможность ортопедического лечения (зубного протезирования), в том числе с опорой на дентальные имплантаты и т.д.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения (возможными вариантами медицинского вмешательства), которые в моем случае (в случае лица, законным представителем которого я являюсь) будут иметь меньший клинический успех.

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

ИДС на ортодонтическое лечение

Я информирован(а) о том, что альтернативными ортодонтическому лечению методами лечения являются: ортопедическое лечение (зубное протезирование), хирургическое лечение, а также изготовление временных ортопедических конструкций, либо отсутствие лечения как такового.

В случае проведения обезболивания выбор анестезиологического пособия (анестетика и техники выполнения анестезии) я доверяю медицинскому работнику, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые лекарственные препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т. д.) о применяемой анестезии.

Я информирован(а) о принципах, целях и методах оказания медицинской помощи, а именно ортодонтического лечения, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: восстановление достаточной функциональной способности зубочелюстной системы; предупреждение развития патологических процессов и осложнений; повышение качества жизни пациента; предупреждение или устранение негативного влияния патологии прикуса на жевание, дыхание, речь и т.д.; предупреждение или устранение негативных психоэмоциональных последствий, связанных с неправильным положением зубов и т.д.

Я информирован(а) о том, что ортодонтическое лечение – это сложный и многоэтапный процесс, представляющий собой комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, направленный на нормализацию функционального и эстетического состояния всей зубочелюстно-лицевой системы, длительностью от нескольких месяцев до нескольких лет, исходя из конкретной клинической ситуации.

Я информирован(а) о том, что ортодонтическое лечение направлено на изменение взаиморасположения зубов по отношению друг к другу и к зубному ряду другой челюсти.

Я информирован(а) о том, что сроки ортодонтического лечения и его результат зависят от общего состояния организма пациента, его возраста, пола, а также от применения/использования определённых лекарственных препаратов и/или медицинских изделий.

Я информирован(а) о том, что перед началом любого ортодонтического лечения требуется полная санация полости рта, а также выполнение необходимых гигиенических и профилактических медицинских вмешательств, а именно: обучение гигиене полости рта и/или контролируемая чистка зубов, и/или профессиональная гигиена полости рта и зубов, и/или реминерализующая терапия, и/или глубокое фторирование эмали зуба(-ов) и т.д.

Я информирован(а) о том, что в некоторых случаях для успешного ортодонтического лечения, как до его начала, так и в процессе могут потребоваться хирургические медицинские вмешательства, а именно: удаление временного(-ых) зуба(-ов) и/или удаление постоянного(-ых) зуба(-ов), и/или операция удаления ретинированного, дистопированного, сверхкомплектного зуба, и/или пластика уздечки верхней губы, и/или пластика уздечки нижней губы, и/или пластика уздечки языка, и/или вестибулопластика, и/или лоскутная операция в полости рта, и т.д.

Я информирован(а) о том, что если на этапе ортодонтического лечения при контроле уровня гигиены полости рта медицинский работник определит её неудовлетворительное состояние, мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) будет незамедлительно рекомендовано прекратить ранее начатое ортодонтическое лечение со снятием и/или прекращением использования всех ортодонтических конструкций (аппаратов).

Я соглашаюсь с возможной необходимостью на этапах ортодонтического лечения сепарации боковых поверхностей зубов для создания дополнительного пространства для перемещаемых зубов.

Я информирован(а) о возможных рисках и осложнениях ортодонтического лечения, а именно о том, что в 10% случаев возможно развитие ятрогенных осложнений (появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимым ортодонтическим лечением), а также, что в 20% случаев возможно развитие нового заболевания, связанного с основным.

Я информирован(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях ортодонтического лечения, которые обусловлены индивидуальными анатомо-физиологическими особенностями организма, а также стадией и характером течения патологического процесса челюстно-лицевой области, а также добросовестностью пациента в части соблюдения рекомендаций медицинского(-их) работника(-ов), а именно:

- появление и/или развитие, и/или обострение неосложнённого кариеса и некариозных поражений зуба(-ов);
- появление и/или развитие, и/или обострение осложнённого кариеса зуба(-ов);
- появление и/или развитие, и/или обострение заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит);
- появление обратимых и/или необратимых дефектов речи;
- развитие патологической подвижности зуба(-ов);

Пациент (законный представитель) _____
(подпись)

(Ф.И.О. полностью)

- резорбция костной ткани и/или корней зуба(-ов);
- появление и/или развитие, и/или обострение заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- острая и/или хроническая травма слизистой оболочки полости рта;
- рецессия десны;
- вывих зуба(-ов);
- появление и/или развитие, и/или обострение патологий височно-нижнечелюстного сустава;
- сколы эмали зуба(-ов);
- повреждение ортопедических конструкций (зубных протезов) и/или ортодонтических конструкций (аппаратов);
- выпадение и/или появление дефектов зубных пломб;
- появление дефектов и/или разрушение зубных реставраций;
- появление и/или развитие очаговой деминерализации зуба(-ов) и т.д.

Я информирован(а) о том, что ортодонтические конструкции (аппараты) не могут перемещать (изменять положение) внутрикостных дентальных имплантатов, а это в свою очередь существенно влияет на исход ортодонтического лечения.

Я информирован(а) о том, что после окончания ортодонтического лечения может потребоваться замена присутствующих в полости рта зубных пломб и/или реставраций, и/или ортопедических конструкций.

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что наличие скрытой патологии височно-нижнечелюстного сустава может быть не диагностировано до начала ортодонтического лечения, а проявить себя на его этапах, что в свою очередь приведёт к изменению плана лечения, так как фоновые и усилившиеся в результате ортодонтического лечения изменения тканей сустава необратимы, а проявившая себя патология височно-нижнечелюстного сустава может носить самостоятельный характер, не связанный напрямую с патологией зубных рядов.

Я информирован(а) обо всех возможных временных последствиях ортодонтического лечения, а именно:

- ощущение дискомфорта, тошнота;
- повышенное слюноотделение или сухость во рту;
- болевые ощущения, самопроизвольные боли;
- незначительные нарушения функций жевания, дыхания, глотания;
- гиперестезия зубов;
- отёчность и кровоточивость дёсен;
- травмы слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта;
- поломки ортодонтических конструкций/систем/аппаратов;
- субъективное непривыкание к ортодонтическим конструкциям/системам/аппаратам и т.д.

Я информирован(а) о том, что ортодонтическое лечение может осуществляться с применением микроимплантатов – специальных винтов, длина которых, как правило, не превышает 17 мм. Я информирован(а) о том, что при ортодонтическом лечении с применением микроимплантатов в тканях полости рта создаётся небольшое отверстие, в которое с помощью ортодонтической отвёртки ввинчивается микроимплантат, головка которого выступает над поверхностью тканей и служит опорой для частей ортодонтических конструкций/систем/аппаратов, изменяющих положение зубов.

Я информирован(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях ортодонтического лечения с применением микроимплантатов, которые обусловлены индивидуальными анатомо-физиологическими особенностями организма, а также стадией и характером течения патологического процесса челюстно-лицевой области, а также добросовестностью пациента в части соблюдения рекомендаций медицинского(-их) работника(-ов), а именно:

- травмирование корней зуба(-ов);
- трещина или перелом микроимплантата;
- нарушение устойчивости микроимплантата;
- отторжение микроимплантата;
- развитие кровотечения и/или появление гематомы;
- воспаление слизистой оболочки полости рта и т.д.

Я понимаю, что съёмная ортодонтическая конструкция/система/аппарат – это инородное тело в полости рта, и что привыкание к съёмной ортодонтической конструкции/системе/аппарату требует большого терпения и продолжительного времени, в среднем от 1,5 до 3 месяцев.

Пациент (законный представитель) _____
(подпись)

(Ф.И.О. полностью)

ИДС на ортодонтическое лечение

Я понимаю важность точного соблюдения рекомендаций медицинского работника по ношению съёмной ортодонтической конструкции/системы/аппарата и обязуюсь их неукоснительно соблюдать (обеспечивать соблюдение лицом, законным представителем которого я являюсь), поскольку при несоблюдении рекомендаций снижается скорость изменения прикуса, а также возрастает вероятность недостижения запланированных результатов ортодонтического лечения.

Я информирован(а) и понимаю, что привыкание к несъёмной ортодонтической конструкции/системе/аппарату происходит в течение 10-14 дней, и что в этот период могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти при пережёвывании и откусывании пищи, натирание и/или травмы слизистой оболочки губ и щёк.

Я информирован(а) и понимаю, что во время эксплуатации ортодонтической конструкции/системы/аппарата при увеличении нагрузки, несоблюдении рекомендаций по уходу за полостью рта, а также несоблюдении ограничений в приёме пищи, могут возникать поломки ортодонтической конструкции/системы/аппарата, которые требуют устранения, а именно: отклейка, перелом, трещина и т.д., поэтому я соглашаюсь с тем, что вышеуказанные случаи являются неотъемлемой особенностью ортодонтического лечения.

Я информирован(а) и понимаю, что в случае поломки ортодонтической конструкции/системы/аппарата необходимо как можно быстрее обратиться в медицинскую организацию.

Я информирован(а) и понимаю, что ортодонтическое лечение состоит из двух основных этапов – исправление прикуса (активный период) и «удержание» прикуса (ретенционный период).

Я информирован(а) и понимаю, что продолжительность активного периода ортодонтического лечения индивидуальна и составляет в среднем от 1 года до 3 лет.

Я информирован(а) и соглашаюсь с тем, что после окончания активного периода ортодонтического лечения для поддержания достигнутых результатов необходимо использовать специальный съёмный и/или несъёмный аппарат – ретейнер.

Я информирован(а) и соглашаюсь с тем, что срок использования ретейнера всегда индивидуален и может составлять от 2-х лет до пожизненного.

Я информирован(а) и понимаю, что в случае поломки ретейнера необходимо не позднее 3-х дней обратиться в медицинскую организацию для его починки. Я информирован(а) и понимаю, что при обращении в медицинскую организацию в более поздний срок с момента поломки, препятствующей ношению ретейнера, возможно изменение положения отдельных зубов, при этом ретейнер после починки не сможет соответствовать изменившемуся положению зубов, что будет препятствовать его использованию.

Я информирован(а) о важности строгого соблюдения графика и периодичности прохождения профессиональной гигиены полости рта, правил использования и гигиены ортодонтической конструкции/системы/аппарата, а также графика и периодичности посещения медицинского работника, нарушение которых может повлечь за собой существенное увеличение продолжительности ортодонтического лечения, вероятность развития осложнений, которые будут требовать коррекции, что неминуемо приведёт к удорожанию стоимости самого лечения.

Я информирован(а) о необходимости строго следовать этапам лечения, важности соблюдения рекомендаций по срокам лечения.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций медицинского работника.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) медицинского работника обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма (организма лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе аллергического характера, о наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемого ортодонтического лечения. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть при ортодонтическом лечении в результате применения лекарственных препаратов и медицинских изделий.

Я предоставил(а) медицинскому работнику точную историю моего физического и психического здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь). Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от медицинского работника указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля, динамического наблюдения и визитов в указанные сроки.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительных медицинских вмешательств, в том числе в экстренной форме, я даю согласие на оказание медицинских услуг (медицинской помощи) в том объёме, который определит медицинский работник.

Пациент (законный представитель) _____
(подпись)

(Ф.И.О. полностью)

ИДС на ортодонтическое лечение

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные медицинские процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи стоматологического профиля любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я информирован(а) о предполагаемых результатах ортодонтического лечения, а именно: изменение состояния моего здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь), осуществлённое путём профилактики и/или диагностики, и/или лечения, и/или медицинской реабилитации имеющегося(-ихся) у меня (у лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания(-ний) и/или состояния(-ний).

Я согласен(-на) на проведение медицинской фото- и видеосъёмки при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я согласен(-на) и разрешаю медицинскому работнику, в случае необходимости, опубликовать информацию о моём лечении (лечении лица, законным представителем которого я являюсь) в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению (лечению лица, законным представителем которого я являюсь).

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечёт за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от предложенного лечения, либо дать на него своё согласие.

Я информирован(а), что настоящий документ составлен на **5-и** страницах и хранится в моей медицинской документации (медицинской документации лица, законным представителем которого я являюсь).

Дата оформления информированного добровольного согласия: « ____ » _____ 202__ г.

Пациент (законный представитель): _____ / _____
(подпись) (расшифровка)

Медицинский работник: _____ / _____
(подпись) (расшифровка)

Я даю информированное добровольное согласие по форме и содержанию, подписанного мною ранее, а именно « ____ » _____ 202__ г., на предложенное(-ые) мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинское(-ие) вмешательство(-а): ортодонтическое лечение.

Дата подписания	Диагноз (МКБ-10)	Ф.И.О. полностью, должность и подпись медицинского работника	Ф.И.О. и подпись пациента (законного представителя)

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

ИДС на ортодонтическое лечение

Дата подписания	Диагноз (МКБ-10)	Ф.И.О. полностью, должность и подпись медицинского работника	Ф.И.О. и подпись пациента (законного представителя)

ИДС на ортодонтическое лечение
