

**Информированное добровольное согласие
на медицинское(-ие) вмешательство(-а) – ортопедическое лечение (зубное
протезирование)**

(основание: статья 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, V _____,

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

даю информированное добровольное согласие на предложенное(-ые) мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинское(-ие) вмешательство(-а), а именно: восстановление зуба(-ов) искусственной(-ыми) коронкой(-ами) и/или восстановление целостности зубного ряда несъёмным(-и) мостовидным(-и) протезом(-ами), и/или протезирование зуба(-ов) с использованием имплантата(-ов), и/или протезирование зубов полным(-и) съёмным(-и) пластиночным(-и) протезом(-ами), и/или восстановление целостности зубного ряда съёмным(-и) мостовидным(-и) протезом(-ами), и/или протезирование частичным(-и) съёмным(-и) пластиночным(-и) протезом(-ами), и/или протезирование съёмным(-и) бюгельным(-и) протезом(-ами), и/или восстановление целостности зубного ряда несъёмным(-и) консольным(-и) протезом(-ами), и т.д. (далее – **ортопедическое лечение (зубное протезирование)**) по поводу диагноза(-ов):

(диагноз(ы) по МКБ-10)

Медицинский работник

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

после выполненной диагностики и/или на этапе лечения кариеса зуба(-ов), и/или на этапе эндодонтического лечения зуба(-ов), и/или после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения зуба(-ов) обосновал необходимость в проведении ортопедического лечения (зубного протезирования).

Я информирован(а) о том, что ортопедическое лечение (зубное протезирование) бывает необходимо и проводится при лечении следующих нозологических единиц и состояний: потери зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни (K08.1 МКБ-10); изменений зубов и их опорного аппарата неуточнённых (K08.9 МКБ-10); кариеса дентина (K02.1 МКБ-10); другого кариеса зубов (K02.8 МКБ-10); кариеса зубов неуточнённого (K02.9 МКБ-10); острого пульпита (K04.01 МКБ-10); гнойного пульпита [пульпарного абсцесса] (K04.02 МКБ-10); хронического пульпита (K04.03 МКБ-10); хронического язвенного пульпита (K04.04 МКБ-10); хронического гиперпластического пульпита [пульпарного полипа] (K04.05 МКБ-10); острого апикального периодонтита (K04.4 МКБ-10); хронического апикального периодонтита (K04.5 МКБ-10); периапикального абсцесса со свищом (K04.6 МКБ-10); периапикального абсцесса без свища (K04.7 МКБ-10); корневой кисты апикальной и боковой (K04.8 МКБ-10); корневой кисты периапикальной (K04.8 МКБ-10) и т.д.

Медицинский работник ознакомил(а) меня с наиболее рациональным(-и) в моей клинической ситуации (клинической ситуации лица, законным представителем которого я являюсь) методом(-ами) ортопедического лечения (зубного протезирования), а также с необходимыми подготовительными мероприятиями (далее нужно подчеркнуть и заполнить):

- восстановление зуба(-ов) искусственной(-ыми) коронкой(-ами): _____;
(номер(а) зуба(-ов) по классификации ВОЗ)

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

- восстановление целостности зубного ряда несъёмным(и) мостовидным(и) протезом(-ами):

_____;
(локализация ортопедической(-их) конструкции(-ий), номер(а) опорных зубов (дентальных имплантатов) по классификации ВОЗ)

- протезирование зуба(-ов) с использованием имплантата(-ов): _____;
(номер(а) зуба(-ов) по классификации ВОЗ)

- протезирование зубов полным(и) съёмным(и) пластиночным(и) протезом(-ами):

_____;
(локализация ортопедической(-их) конструкции(-ий))

- восстановление целостности зубного ряда съёмным(и) мостовидным(и) протезом(-ами):

_____;
(локализация ортопедической(-их) конструкции(-ий), номер(а) опорных зубов по классификации ВОЗ)

- протезирование частичным(и) съёмным(и) пластиночным(и) протезом(-ами):

_____;
(локализация ортопедической(-их) конструкции(-ий))

- протезирование съёмным(и) бюгельным(и) протезом(-ами):

_____;
(локализация ортопедической(-их) конструкции(-ий))

- восстановление целостности зубного ряда несъёмным(-и) консольным(-и) протезом(-ами):

_____;
(локализация ортопедической(-их) конструкции(-ий))

- консультации и подготовительное лечение: врача-стоматолога, врача-стоматолога-терапевта, врача-стоматолога-хирурга, врача-ортодонта, гигиениста стоматологического, врача-оториноларинголога и т.д.:

иное: _____.

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

Последствиями отказа от предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) ортопедического лечения (зубного протезирования) могут быть: перелом зуба(-ов) после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения; развитие или прогрессирование вторичных деформаций зубных рядов; снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики и нарушение функции речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата оставшихся зубов, повышенная стираемость оставшихся зубов вследствие их функциональной перегрузки; заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейромышечная патология 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.

Я информирован(а) о том, что альтернативными ортопедическому лечению (зубному протезированию) методами лечения являются: восстановление коронки зуба(-ов) пломбой(-ами), ортодонтическое выравнивание имеющихся зубов, профессиональное отбеливание, 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.

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

Я информирован(а) о принципах, целях и методах оказания медицинской помощи, а именно ортопедического лечения (зубного протезирования), которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: восстановление анатомической формы и функции зуба(-ов); восстановление достаточной функциональной способности зубочелюстной системы; предупреждение развития патологических процессов и осложнений; повышение качества жизни пациента; обеспечение эстетики зубного ряда; предупреждение или устранение негативных психоэмоциональных последствий, связанных с разрушением и/или отсутствием зуба(-ов) и т.д.

Я информирован(а) о том, что ортопедическое лечение (зубное протезирование) – 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 года и более, исходя из конкретной клинической ситуации.

Я информирован(а) о том, что ортопедическое лечение (зубное протезирование) включает по меньшей мере следующие этапы:

- консультационно-диагностический этап, включающий рентгенологическое обследование, изготовление диагностических моделей зубных рядов, функциональную диагностику височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц (при наличии показаний), консультации врачей-специалистов, составление плана диагностики, лечения, профилактики и медицинской реабилитации и т.д.;

- этап обработки зубов (одонтопрепарирование) под ортопедические конструкции (зубные протезы) и одномоментное изготовление временных ортопедических конструкций (зубных протезов) и т.д.;

- этап примерок и подгонок ортопедических конструкций (зубных протезов) в полости рта;

- этап фиксации постоянных ортопедических конструкций (зубных протезов) в полости рта, их коррекция по прикусу;

- этап коррекций съёмных ортопедических конструкций (зубных протезов);

- этап диспансеризации, представленный динамическим наблюдением и профессиональной гигиеной полости рта с периодичностью 1 раз в 3, 6 и 12 месяцев (периодичность определяется индивидуально и зависит от состояния опорных зубов (дентальных имплантатов), состояния тканей пародонта, выбранной ортопедической конструкции и уровня индивидуальной гигиены полости рта и т.д.).

Я информирован(а) о том, что ортопедическое лечение (зубное протезирование), как многоэтапный процесс, требует неоднократного посещения медицинской организации и медицинского работника.

Я информирован(а) о том, что овеществлённым результатом ортопедического лечения (зубного протезирования) является установка в полости рта искусственного(-ых) зуба(-ов) вместо разрушенного(-ых) или утраченного(-ых) для обеспечения пережёвывания пищи и эстетики. Я информирован(а) о том, что ортопедические конструкции (зубные протезы) не могут быть идентичны собственным зубам и тканям.

Я информирован(а) о том, что перед покрытием зуба(-ов) ортопедической(-ими) конструкцией(-ями) проводится процедура шлифования твёрдых тканей зуба(-ов), которая является необратимой.

Соглашаясь на ортопедическое лечение (зубное протезирование), я понимаю, что любой ортопедической конструкции (зубному протезу) присущи эстетические, функциональные и конструктивные особенности, которые могут привести к определённым неудобствам, связанным с их использованием, а именно:

- отличие ортопедической конструкции (зубного протеза) по форме, цвету и прозрачности от собственных зубов и других ортопедических конструкций (зубных протезов), особенно при различном освещении;
- необходимость изменения индивидуальной гигиены полости рта в связи с повышенной ретенцией пищи к частям ортопедической конструкции (зубному протезу);
- наличие видимых металлических частей и элементов фиксации ортопедической конструкции (зубного протеза);
- отсутствие разделения между спаянными искусственными коронками в составе ортопедической конструкции (зубного протеза);
- изменение чувствительности при смыкании зубов, а также изменение чувствительности слизистой оболочки полости рта из-за перекрытия её частями ортопедической конструкции (зубного протеза);
- необходимость применения специальных средств и/или медицинских изделий для лучшей фиксации ортопедической конструкции (зубного протеза);
- затруднённое привыкание (адаптация) к качественно изготовленной ортопедической конструкции (зубному протезу), вследствие сопутствующих заболеваний и/или индивидуальных психофизиологических особенностей организма, которое может проявляться в появлении чувства тошноты, нарушении функции: речи, жевания, глотания и т.д.

Я проинформирован(а) о том, что в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи.

Я информирован(а) о том, что даже при успешном завершении ортопедического лечения (зубного протезирования), нельзя дать гарантии в том, что:

- опорный(-ые) зуб(ы) не подвергнется (не подвергнутся) кариозному разрушению и перелому в будущем;
- не произойдёт развитие воспалительных процессов в тканях периодонта опорного(-ых) зуба(-ов), что приведёт к необходимости снятия постоянной ортопедической конструкции (зубного протеза) с целью её коррекции и/или изготовления новой;

Пациент (законный представитель) _V_____

(подпись)

(Ф.И.О. полностью)

- не произойдет перелом (отлом) и/или нарушение целостности частей ортопедической конструкции (зубного протеза) в результате её естественного износа и/или травмы, и/или нарушения рекомендаций медицинского работника по правилам её использования;
- не произойдет перелом (отлом) и/или нарушение целостности частей дентального(-ых) имплантата(-ов);
- не произойдет воспаления мягких тканей вокруг дентального(-ых) имплантата(-ов), что потребует дополнительного лечения и/или коррекции и/или изготовления новой ортопедической конструкции (зубного протеза).

Я информирован(а) о возможных рисках и осложнениях ортопедического лечения (зубного протезирования), а именно о том, что в 10% случаев возможно развитие ятрогенных осложнений (появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, например, аллергических реакций и т.д.), а также, что в 20% случаев возможно развитие нового заболевания, связанного с основным (рецидив кариеса и/или его прогрессирование, поражение пульпы зуба(-ов), развитие деструктивных процессов в периапикальных тканях зуба(-ов), воспалительные процессы в тканях пародонта, патологии слизистой оболочки полости рта и языка, а также развитие дисфункции и патологий височно-нижнечелюстного сустава и т.д.).

Я информирован(а) о том, что выбор метода восстановления зуба при лечении кариеса и/или после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения (лечения корневых каналов зуба) зависит от ряда факторов, в том числе от индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ), который определяется после препарирования кариозной полости зуба. При показателях ИРОПЗ в пределах 0,2–0,4 применяется метод пломбирования. Для группы жевательных зубов при ИРОПЗ > 0,4 показано изготовление вкладок из металлов, из керамики или из композитных материалов. При ИРОПЗ > 0,6 показано изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ > 0,8 показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок.

Я обязуюсь приходить (обеспечивать приход лица, законным представителем которого я являюсь) на контрольные осмотры (по графику, обговорённому с медицинским работником и зафиксированному в медицинской документации), соблюдать гигиену полости рта.

Я информирован(а) о необходимости строго следовать этапам лечения, важности соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также о необходимости полного восстановления целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций (зубных протезов).

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 ортопедического лечения (зубного протезирования). Я предупрежден (-а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть при ортопедическом лечении (зубном протезировании) 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.

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 ортопедического лечения (зубного протезирования), 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).

Пациент (законный представитель) __ V

(подпись)

(Ф.И.О. полностью)

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: V«_____» _____ 202__ г.

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

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

Этот раздел бланка заполняется в случае отказа от медицинского вмешательства

От подписи бланка на отказ от медицинского вмешательства пациент(ка) **отказался(-ась):**

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись:

Должность, Ф.И.О. и подпись:

Должность, Ф.И.О. и подпись:

«_____» _____ 202__ г.

Приложение к ИДС

На медицинское(-ие) вмешательство(-а)-ортопедическое лечение (зубное протезирование)
План ортопедического лечения

Дата _____

Ф.И.О. пациента V _____

Ф.И.О. врача _____

Я знаю, что в качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы только здоровые или качественно приготовленные (пролеченные) зубы и ткани пародонта, а так же извещен(а) о необходимости рентгенологического исследования.

Я понимаю, что если я настаиваю на использовании в качестве опоры протеза зубов с пломбированными корневыми каналами, с очагами деструкции в области верхушки корня, с заболеванием пародонта и другими отклонениями от нормы (которые не удалось устранить в процессе лечения), то возрастает риск обострения заболевания зуба и ухудшения его состояния, что может привести к удалению зуба и зубного протеза. Настаивая на вышеуказанном, я беру на себя риск возникновения осложнений в опорных зубах.

Соглашаюсь с установлением гарантийного срока на протезирование в размере _____

V _____ / _____
ФИО Подпись пациента

Предполагаемая конструкция протеза:

Схема протезирования:

базовый цвет ортопедической конструкции _____

V _____ / _____
ФИО Подпись пациента

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Км- коронка, зуб металлокерам.;Ки-коронка на имплантате;Мц-керамика на оксиде циркония; Вк-вкладка культе; Сзг-коронка на оксиде циркония П- протез съемный, бюгельный

Стоимость ортопедического лечения на момент осмотра:

В зависимости от результатов подготовки полости рта к протезированию, конструкция зубного протеза и стоимость ортопедического лечения может изменяться.

V _____ / _____ /
Подпись пациента

3 Д проект (виртуальная моделировка) ортопедической конструкции _____
утвержден/не утвержден

V _____ / _____ /
ФИО Подпись пациента Дата

Восковое моделирование ортопедической конструкции _____
утверждено/не утверждено

V _____ / _____ /
ФИО Подпись пациента Дата

