

**Информированное добровольное согласие  
пациента стоматологическое ортопедическое лечение**

На основании ст. 20 Федерального Закона РФ  
№ 323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны  
здоровья граждан в Российской Федерации».

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу (по месту регистрации) \_\_\_\_\_  
паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

согласно моей воле, после осмотра врачом-стоматологом (зубным врачом) ортопедом получил детальные объяснения о состоянии полости рта, характере и степени тяжести заболевания, диагнозе и необходимости лечения.

Медицинским работником: \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. врача-стоматолога (зубного врача) ортопеда)

мне разъяснены особенности течения заболевания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

вероятную длительность лечения \_\_\_\_\_,  
вероятный прогноз \_\_\_\_\_.

Мне предложены план обследования и лечения, включающие:

План лечения № 1: \_\_\_\_\_

План лечения № 2: \_\_\_\_\_

План лечения № 3: \_\_\_\_\_

Я **согласен(-на)** с предложенным планом лечения № \_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(подпись пациента, законного представителя)

Предложено изготовление следующей конструкции по выбранному мной плану лечения:

на верхнюю челюсть из материалов \_\_\_\_\_.

на нижнюю челюсть из материалов \_\_\_\_\_.

Я получил(-а) разъяснения о цели лечения и информацию о планируемых методах диагностики и лечения.

Я извещен(-а) о необходимости подготовки к протезированию: \_\_\_\_\_

Я извещен(-а) о необходимости в ходе лечения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, получил указания и рекомендации по уходу за полостью рта.

Мне разъяснено, что ортопедическое лечение-это комплекс мероприятий, состоящий из нескольких этапов: диагностический (осмотр, снятие слепков и изготовление диагностических моделей, рентгенологическое и другие необходимые исследования, выбор конструкции протеза, составление плана лечения и т.п.), подготовительный (терапевтическая подготовка-санация полости рта, лечение заболеваний слизистой оболочки и пародонта, депульпирование зубов по показаниям и т.п., хирургическая подготовка-удаление зубов по показаниям, коррекция альвеолярного гребня, пластика уздечек и тяжей, лечение патологий ВНЧС, устранение парафункций мышц и т.п., ортодонтическое

лечение), основной (препарирование опорных зубов, снятие слепков, изготовление ортопедических конструкции, коррекция протезов и т.п.), этап наблюдения (профилактические осмотры, коррекция протезов и т.п.), поэтому важно строгое соблюдение сроков и этапов лечения.

Я согласен(а) на рентгенологическое обследование, фотографирование, изготовление моделей и другие дополнительные исследования необходимые для полноценного лечения, использование данных в научных целях без указания моего имени и фамилии. Я осведомлен(а) о том, что данное вмешательство при необходимости может проводиться под местной анестезией. Мне разъяснено, что применение ее может привести к аллергическим, сосудистым реакциям организма: обмороку, шоку, снижению чувствительности, онемениям, невралгическим болям и постинъекционным гематомам (отекам и «синякам»). Выбор анестезиологического пособия доверю лечащему врачу, информировавшему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии. Я проинформировал(а) доктора о всех случаях аллергии в прошлом и настоящее время, и предупрежден(а) о возможности аллергии на некоторые стоматологические материалы, применяемые для изготовления зубных протезов (металл, пластмасса, оттисковые массы и т. д.).

Я информирован(а) о возможных осложнениях, которые могут возникнуть в ходе лечения вследствие особенностей организма, например: во время подготовки корневого канала под вкладку возможна перфорация стенки канала, что может потребовать дополнительной коррекции или привести к удалению зуба. Во время проведения манипуляций в полости рта: анестезия, обработка зубов, снятие слепков, корректировка прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка и губ, чувство жжения, болезненность и дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи, травмы слизистой оболочки и мягких тканей полости рта. При проведении хирургических вмешательств могут увеличиваться сроки ортопедического лечения. При наличии патологии височно-нижнечелюстного суставов, психофизиологических расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломки протезов.

Я информирован(а), что зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии (убыли) десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов, и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции или переделки протеза.

Я информирован(а), что протез-это инородное тело, привыкание к которому происходит постепенно и в первое время может причинять неудобство и дискомфорт. После протезирования наступает период адаптации, который длится от одной недели до полугода в зависимости от конструкции протеза, индивидуальных особенностей организма. Протезом нужно пользоваться аккуратно и бережно, за протезом должен быть особый гигиенический уход.

Я информирован (-а) о том, что при невосребованности пациентом ортопедической конструкции сроком свыше 3 месяцев учреждение не несет ответственности за качество протеза (соответствие его протезному ложу через данный промежуток времени) и их сохранность. Данный протез будет переделываться за счет средств пациента. При выявлении скрытых технологических дефектов увеличиваются сроки изготовления протеза, а в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза не за счет пациента.

Я согласен(а), что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с действительным результатом, и понимаю, что при определенном сроке гарантийных обязательств на протезы, никто не может гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом. Я понимаю, что протезирование является вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех этапов ортопедического лечения, т.к. полное выздоровление означает биологическое восстановление жевательного аппарата.

Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, в т. ч. назначенного режима лечения, могут снизить качество лечения, повлечь за собой невозможность его завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я предупрежден(а), что возникновение непредвиденных осложнений может привести к изменению диагноза, основного плана, сроков и стоимости лечения.

Мне объяснены все возможные исходы, риски и последствия проводимого лечения. Я осведомлен(а) о возможных ожидаемых расходах за планируемое лечение и дополнительных издержках в процессе данного лечения, с прейскурантом цен ГУЗ «Тулская областная стоматологическая поликлиника» ознакомлен(а). Я согласен (а) оплатить медицинские услуги в полном объеме. Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния здоровья, заболевания и лечения, и получил(а) на них исчерпывающие ответы врача. Мне ясна важность передачи мной точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также выполнения всех полученных от врача рекомендаций и назначений, касающихся лечения, необходимости немедленного сообщения врачу об ухудшении самочувствия, соблюдения гигиены полости рта и визитов к врачам для профилактических осмотров в указанные ими сроки, согласования с врачом приема любых не прописанных им лекарственных препаратов. Мне известно, что медицинская деятельность отнесена к категории опасных, что может быть связано как с состоянием организма пациента, так и с лекарственными препаратами, индивидуальная переносимость которых не регламентирована какими-либо документами.

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют, с предложенным планом лечения согласен(а). Я также, заявляю, что я достаточно хорошо владею устным и письменным русским языком для понимания вышеупомянутого. В случае необходимости, разрешаю предоставить информацию о состоянии моего здоровья следующим лицам: \_\_\_\_\_.

«    »                   20    г.

«    »                   20    г.

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента (законного представителя)

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. пациента (законного представителя)

\_\_\_\_\_  
Подпись медицинского работника

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. медицинского работника