

Приложение к медицинской карте № _____
**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ЗУБНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ)**

Я, _____, _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес регистрации),

- в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю добровольное согласие на проведение мне следующего медицинского вмешательства:

- ортопедическое лечение (зубное протезирование)

Настоящее согласие дано ГБУЗ «Стахановская ГСП» ЛНР, имеющем лицензию (уведомление) на право осуществления медицинской деятельности № 94/01197-м от 16.04.2024г. по адресу: г. Стаханов, ул. Ленина д.18.

На проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю врача - _____

До проведения ортопедического лечения (протезирования зубов), я получил (а) от врача информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Врач обосновал необходимость проведения ортопедического лечения и ознакомил с наиболее рациональным планом протезирования и подготовительных мероприятий.

Меня также ознакомили с альтернативными вариантами лечения (в том числе отказом от протезирования) и их последствиями. Последствиями отказа от протезирования зубов, могут быть: перелом зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой, после проведенного эндодонтического лечения); прогрессирование деформации десен и костной ткани (зубоальвеолярных деформаций); дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение речеобразования; утрата зубов; прогрессирование заболеваний тканей, окружающих зубы (в том числе, изменение положения зубов); заболевания жевательных мышц, височно-нижнечелюстного сустава, тройничного нерва; появление или обострение общесоматических заболеваний.

Врач понятно объяснил необходимость строго следовать этапам протезирования, а также соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу. Эти условия необходимы для уменьшения вероятности переделки ортопедической конструкции.

Я поставлен(а) в известность, что ортопедическое лечение поможет сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, протезирование зубов является, своего рода, вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного аппарата (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается иволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии (снижении, уменьшении объема) десны, атрофии (нарушении питания, ведущее к изменению структуры) костной ткани челюсти, стираемости твердых тканей зубов. Поэтому, через какое-то время (которое зависит от скорости протекания вышеперечисленных иволютивных процессов) возникает необходимость коррекции, либо переделки зубных протезов.

Я проинформирован (а) что:

- при проведении местного обезболивания (анестезии), обработки (обтачивания) зубов, снятия слепков (оттисков), использования специальных материалов и препаратов, возможно проявление следующих реакций: аллергическая реакция (в т. ч. на используемые материалы), онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи. Данные симптомы проходят самостоятельно в период адаптации или подлежат коррекции врачом, а в отдельных случаях, устраняются с помощью кратковременного приема лекарственных препаратов, назначенных врачом;

- при наличии в полости рта металлических протезов, пломб из амальгамы, в связи с присутствием разнородных металлов, могут возникнуть: чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта. Для предотвращения этих явлений, необходимо заменить устаревшие конструкции на современные, соответствующие условиям и достижениям современной медицины

- при наличии заболеваний височно-нижнечелюстных суставов, других расстройств движения и функции мышц, может возникнуть затрудненное привыкание (адаптация) к зубным протезам, появление тошноты, нарушение функций речи, жевания, глотания. Данные симптомы проходят при выполнении рекомендаций врача и корректирующих мероприятий, в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

В случае необходимости применения обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию о процедуре (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.).

Я понимаю, что гигиенический уход за полостью рта, при наличии ортопедических конструкций (зубных протезов), должен быть более тщательным, а контрольные и профилактические осмотры регулярными (не реже одного раза в полгода, если иное не назначено врачом).

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. Я прочитал(а) данное согласие, понимаю его смысл, принимаю данные факты и настоящим уполномочиваю провести мне медицинскую манипуляцию.

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии лечащего врача.

Пациент _____
ФИО

подпись

Врач _____
Ф.И.О. врача

подпись

Дата _____