



Приложение к медицинской карте № \_\_\_\_\_  
Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

## Информированное согласие на проведение ортопедического лечения

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество гражданина, одного из родителей ребенка до 15 лет, иного законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество ребенка (до 15 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство Ортопедическое лечение,

(наименование вида медицинского вмешательства)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован (а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

Я согласен(а) с предложенным мне лечащим врачом планом лечения. Я понимаю, что протезирование – это заключительный этап ортопедического лечения, для эффективности которого на первом этапе может потребоваться проведение ряда мероприятий, кроме проведения хирургической и терапевтической санации. Это депульпирование, сошлифовывание зубов, устранение парафункций мышц, лечение височно-нижнечелюстных суставов, ряд хирургических (коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, уздечек и др.) и пародонтологических вмешательств. Причем, при проведении хирургических вмешательств могут увеличиваться сроки изготовления протезов.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае, будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза, эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза).

Я проинформирован(а), 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.

Предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование является вмешательством в биологический организм. 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 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, либо переделки протеза.

Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть:

- перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения;
- прогрессирующее зубоальвеолярных деформаций;
- дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи;
- прогрессирующее заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов;
- заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава;
- общесоматические заболевания (желудочно-кишечного тракта, нейропатология и др.).

Понимая сущность предложенного лечения и индивидуальные особенности собственного организма, я согласен(а) с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом, так как представления пациентов о протезировании, как правило, не совпадают с реальной действительностью.

Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Мне были объяснены все возможные исходы протезирования, а также альтернативные варианты, а также их примерная стоимость.

Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворительные ответы.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях, имеющихся аллергических реакциях заполнена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна.

Я разрешаю (не разрешаю) использовать информацию о моем заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе.

Я полностью понимаю, что в процессе лечения по разработанному плану могут появиться непредвиденные ранее обстоятельства, вследствие которых возможны изменения и корректировки в плане лечения. По усмотрению моего врача, может быть проведено дополнительное лечение. Я так же одобряю любые модификации в плане лечения, применяемых материалах, средствах ухода за органами полости рта, если они направлены для лучшего удовлетворения моих интересов.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

**Я принимаю решение осуществить ортопедическое лечение на предложенных мне условиях.**

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(или подпись его законного представителя)

Подпись врача: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /