

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО, ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ (ПРОТЕЗИРОВАНИЯ), РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИЕЙ.

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, _____

(Ф.И.О. пациента, число, месяц, г.р., полностью или законного представителя)

соглашаюсь с тем, что восстановительное ортопедическое лечение (протезирование)/реставрацию зубов с использованием материалов из диоксид циркония, металлокерамика, безметалловая керамика, либо другое медицинское вмешательство, будет проводить врач-стоматолог _____ и другие врачи Клиники ООО «АрктикДент», медицинская лицензия, ЛО41-01019-24/00142049, выданная Министерством Здравоохранения Красноярского Края 12 апреля 2022 года. _

Я понимаю, что для достижения оптимального результата необходимо строго следовать этапам лечения, а также строго соблюдать план лечения, прежде чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность поломки ортопедической конструкции. Протезирование является, своего рода, вмешательством в биологический организм и, как любое медицинское вмешательство, приводит к 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 и разрушении протезов и твердых тканей зубов. Поэтому, через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных изменений и строго индивидуально для каждого человека, возникает необходимость коррекции, либо повторного протезирования (реставрации).

Я понимаю, что в зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает, что приводит к их разрушению. Поэтому я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами (конструкциями, изделиями), а также обязуюсь приходить на контрольные осмотры и проводить профессиональную гигиену полости рта в соответствии с рекомендациями врача.

Мне разъяснено, что восстановительное ортопедическое лечение проводится для реставрации зубов путем изготовления зубных протезов, обеспечивающих восстановление анатомической формы зубов с учетом их цвета и оттенков, а также распределение нагрузки за счет восстановления контакта с зубами-антагонистами. Помимо восстановления и реставрации разрушенных зубов, целью протезирования является восстановление отсутствующих зубов, для чего также используются виниры, коронки и другие ортопедические конструкции.

Винир - тонкая керамическая пластинка, плотно фиксированная на поверхности зуба. Для его изготовления с поверхности зуба снимается тонкий слой, после чего делается слепок подготовленного зуба и делается керамическая накладка. Постоянный винир крепится на поверхности зуба с помощью специального затвердевающего вещества. Виниры изготавливаются индивидуально для каждого пациента, выглядят естественно и эстетично. В зависимости от цели различают эстетические, восстанавливающие форму зуба, восстанавливающие форму зубного ряда, виниры для коррекции дефекта цвета зуба и др.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что последствиями отказа от протезирования коронковой (видимой) части зуба могут быть: перелом зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я информирован(а), что альтернативными методами лечения являются восстановление разрушенного зуба пломбами (с укрепляющими штифтами и без), коронками, удаление зуба или отсутствие лечения вообще.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях во время и после протезирования: индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, изменение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи, изменение внешнего вида лица и улыбки, фонетики, постепенное ослабление фиксации протезов, их деформация, перелом, трещины или скол облицовочного материала. Также возможна повышенная чувствительность зубов после их шлифовки. При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов или других нейромиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломки протезов, натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием, травмирование мягких тканей полости рта, мягких тканей лица, порезы лица, особенно в случаях, когда пациент нарушает рекомендации не двигаться, не глотать, не разговаривать без предупреждения во время проведения хирургического лечения.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после проведения восстановительного ортопедического лечения являются болевые ощущения в области вмешательства и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в ООО «АрктикДент» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений. Я понимаю, что через какое-то время, зависящее от скорости протекания процессов старения, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки изготовленных конструкций (изделий).

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях, возникающих во время эксплуатации протезов/реставраций (особенно при увеличении нагрузки), в т.ч. переломов протезов/реставраций, образовании трещин, сколов, изменении цвета, стирании зубов антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в опорных зубах, развитие кариозного процесса в опорных зубах, развития воспалительного процесса в тканях, накусывания

мягких тканей щёк, травматизация мягких тканей и др. Мне сообщено, что во время работы врача независимо от используемых инструментов и материалов, а также квалификации врача в связи с особенностью самой манипуляции возможно травмирование тканей зуба и тканей, окружающих зуб. Из-за этого возможно увеличение количества посещений и дополнительных манипуляций в связи с необходимостью заживления тканей.

Я предупрежден(а), согласен(на) и понимаю, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с действительным результатом. Я понимаю, что невозможно гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезами/реставрациями. Меня ознакомили с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования (реставрации), с возможными альтернативными вариантами протезирования (реставрации). Я понимаю, что даже длительное предшествующее ортодонтическое лечение не обеспечивает сохранности протезирования (реставрации) и не может гарантировать отсутствия в будущем сколов, трещин, повреждения протезов зубов. Я ознакомлен(а) с тем, что, в процессе протезирования для достижения оптимального эстетического и функционального результатов возможно избирательное шлифование (или даже покрытие коронкой) соседних зубов или зубов-антагонистов. Как правило, окончательное решение принимается только после тщательного изучения диагностических моделей челюстей. В случае отказа от данной манипуляции, доктор не может гарантировать успех протезирования и оптимальный функциональный и эстетический результат. На протезирование несъемными цельнометаллическими, цельнокерамическими или металлокерамическими конструкциями (виниры, коронки, накладки, вкладки) при отсутствии предварительного ортодонтического лечения или после его проведения, но при отсутствии ортодонтического прикуса, гарантия не дается, если иного не установлено врачом соответствующей записью в медицинской карте. При протезировании на зубах, леченных ранее вне клиники, при отказе от перелечивания корневых каналов, гарантия распространяется только на ортопедическую конструкцию, клиника не несет ответственности за состояние и сохранность опорных зубов. В случае появления или обострения воспаления около корня(ей), перелома корня(ей) или коронки(ок) опорного(ых) зуба(ов), снятие ортопедической конструкции, лечение или удаление опорного зуба(ов), переделка ортопедической конструкции осуществляется согласно прейскуранту (является новой платной услугой).

При протезировании на имплантатах, установленных вне клиники, гарантия распространяется только на ортопедическую конструкцию и клиника не несет ответственности за срок службы имплантата.

При протезировании на зубах необходима явка на осмотр в течение 2 недель с момента протезирования, в случае неявки на прием гарантия на этот вид протезирования не распространяется.

При протезировании на имплантатах обязательная явка на прием – через 2 недели с момента протезирования.

В случае несоблюдения рекомендаций возможно появление осложнений вплоть до ишемии и некроза участков десны и резорбции кости в дальнейшем.

Соблюдение рекомендаций по проведению профессиональной гигиены полости рта и полировки реставраций не реже 1 раза в 6 месяцев у того же врача в той же клинике, где проводилось протезирование, является обязательным условием для сохранения гарантии.

Я понимаю, что мне также рекомендовано наблюдение у пародонтолога для профилактики и своевременного лечения возможных осложнений, для удаления грануляций, в случае необходимости. При перелечивании зубов с реставрациями и коронками пародонтологическое лечение необходимо. В случае его отсутствия создаются условия для образования зубодесневого кармана, застревания фрагментов пищи, размножения микроорганизмов, что может сопровождаться со временем появлением неприятного запаха, воспаления десны, разрушением зубов и кости. В случае невыполнения рекомендаций гарантия не сохраняется.

Требование по изменению цвета, формы и вида изделия после его фиксации в полости рта является новой платной услугой.

Врач сообщил мне, что реставрация не идентична по составу тканям зуба, со временем каждая реставрация теряет гладкость и блеск, нарушается краевое прилегание, формируются зоны неровностей и шероховатостей в связи с чем увеличивается количество зубного налета и создаются условия для размножения микроорганизмов. В связи с этим поверхность любой реставрации требует полировки минимум каждые 6 месяцев у того же врача, который занимался моим ортопедическим лечением. Я понимаю, что полировка является достаточно трудоёмким процессом и будет оплачиваться каждый раз отдельно. Я понимаю, что не обходимо строго следовать указаниям врача. Я понимаю, что в процессе стоматологического лечения возможны травмы, порезы повреждения лица и мягких тканей. Иногда могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Я получил(а) полную информацию о гарантийных сроках, действующих в стоматологической клинике, и ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь гарантии.

Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершённом лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к стоматологической клинике.

Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны различные ситуации, предвидеть которые в момент получения информированного согласия невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью (перенос приема из-за отключения электроэнергии, замена одного доктора другим в случае болезни первого и т.д.). При отказе от предварительного ортодонтического лечения возможны сколы керамики, разрушение конструкций и недостижение желаемого эффекта от ортопедического лечения. При отказе от коррекции десны возможен асимметричный вид конструкций, возможно воспаление с поражением тканей зубов. При ортопедическом приёме и после него возможны следующие осложнения: - под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции; - после одонтопрепарирования зуба может возникнуть повышенная чувствительность ко всем температурным и химическим и развиваться пульпит - потребуется лечение каналов зуба (удаление); -

парафункциональные нарушения ВНЧС; - рецессия участка десны, формирование зубодесневого кармана; - разрушение культи зуба, перелом культи зуба;

Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу. Я соглашаюсь на проведение рентгенологических исследований в процессе лечения и после него и предоставляю лечащему врачу выбор метода, количество и временные сроки для исследований.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Необходимые условия для осуществления гарантии и достижения положительного результата лечения:

- Точное облечение и выполнение всех предписаний и рекомендаций врача;
- Последовательное выполнение пациентом всех этапов и сроков стоматологического лечения, рекомендованных врачом.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования:

-ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма;

-консультация стоматолога(ов) и(или) специалистов иного профиля.

Мне названы и со мной согласованы:

-количество коронок, виниров, вкладок, протезов, ортопедических конструкций, особенности конструкций, материал, из которого изготовлены коронки(конструкции), особенности подготовки опорных зубов или имплантации, применяемые лекарственные средства, технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

-этапы и сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена, как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения, в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть, вплоть до отказа от дальнейшего лечения.

Мне разъяснено, что изготовление керамических коронок предусматривает зуботехнический этап работы, на данном этапе могут возникнуть гиперестезия (повышенная чувствительность твердых тканей), отрицательным моментом являются также эстетические дефекты зубных рядов, при отсутствии рядом стоящих или напротив расположенных зубов, существует тенденция к смещению зубов. Во избежание названных недостатков и при реализации обширного, долгосрочного плана лечения на период изготовления постоянных коронок, изготавливаются временные ортопедические конструкции.

Я понимаю важность изготовления временных ортопедических конструкций и соглашаюсь с данным этапом протезирования.

Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях. Я понимаю, что успешное лечение возможно только при наличии данных компьютерной томографии. Это исследование необходимо выполнить до начала стоматологического лечения.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

(ФИО врача)

(подпись)

(ФИО пациента)

(подпись)

Дата _____