

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

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

Приложение: «Памятка к информированному согласию на проведение ортодонтического лечения»

Я, _____
(ФИО пациента, либо законного представителя пациента)

соглашаюсь с тем, что ортодонтическое лечение (исправление прикуса) и неправильно стоящих зубов, другое медицинское вмешательство пациенту:

_____ (ФИО пациента, которого я представляю в силу закона (в родительном падеже))

Будет проводить врач _____

и другие врачи ГБУЗ «ДСП 58 ДЗМ», в исключительных случаях (например, расторжение трудового договора с врачом, болезнь врача, сложная клиническая ситуация, служебный отпуск) поликлиника оставляет за собой право заменить лечащего врача, уведомив меня об этом. Я даю согласие на привлечение к моему лечению других специалистов, в том числе врачей, не являющихся работниками Исполнителя, при необходимости.

Я информирован, что перед началом ортодонтического лечения, при постановке первичного диагноза врачом ортодонтом проводится сбор анамнеза, обсуждение с пациентом желаемого и возможного результата лечения, проводятся необходимые диагностические и клинические этапы, в том числе необходимые дополнительные исследования и манипуляции, с возможной рекомендацией по проведению уточняющих рентгенологических исследований зубочелюстной области, а также консультаций врачей других специальностей. Прием и проводимые манипуляции по формированию первичного диагноза оплачиваются пациентом, его законным представителем, согласно прейскуранту. В дальнейшем, по итогам обследования, в том числе, с применением специализированных программ, пациенту предоставляется на согласование уточненный (окончательный) план лечения с уточненным сроком и степенью сложности ортодонтического лечения. При согласовании уточненного плана и стоимости лечения, подписывается информированное согласие о начале активного ортодонтического лечения. В случае несогласования плана лечения: подписывается документ об отказе от ортодонтического лечения. В случае отказа от ортодонтического лечения, уплаченные пациентом средства за проведенную врачом работу по постановке диагноза и составления плана лечения, остаются на финансовом счету ГБУЗ «ДСП 58 ДЗМ».

Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о предстоящем лечении. Я проинформирован(а), что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении мной правил личной гигиены полости рта, особенно при лечении на несъёмной ортодонтической технике, возможно развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба. Я согласен(а) с тем, что врач-ортодонт оставляет за собой право о принятия решения, по объективным причинам: большое количество зубного налета, кровоточивость дёсен, оголение шеек зубов, неприятный запах изо рта (галитоз, как один из симптомов проблемы с гигиеной полости рта), остатки пищи на зубах и т.д. - о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения. Денежные средства, поступившие на счет организации за уже оказанные медицинские услуги, пациенту, его законному представителю в данных случаях не возвращаются.

Мне сообщена и разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения -перестройки костной ткани.

Мне сообщено, что в период ортодонтического лечения необходимо регулярное посещение врача-ортодонта с целью контроля за проведением ортодонтического лечения, активации ортодонтического аппарата, последовательного изменения положения зубов. Что для достижения стойкого, положительно результата необходимо выполнение рекомендаций лечащего врача-ортодонта. а именно: своевременных и регулярных осмотров у врача ортодонта как в процессе активного периода лечения, так и после него (в период пользования ретенционным аппаратом), тщательного соблюдения гигиены полости рта. Невыполнение указанных требований может привести к снижению качества стоматологических услуг, удлинению сроков ортодонтического лечения, возникновению возможных нежелательных побочных или сопутствующих эффектов ортодонтической услуги, обусловить невозможность абсолютного или длительного достижения ожидаемого положительного эффекта ортодонтического лечения или абсолютное недостижение положительного результата ортодонтического лечения.

Мне сообщена информация, что ортодонтическая аппаратура является инородным телом в полости рта, привыкание (адаптация) к которому требует терпения и времени. В первые несколько дней после фиксации ортодонтического аппарата, смены дуг, а также в период ношения ортодонтических конструкций может возникать дискомфорт, болезненность при разговоре, еде, проведении гигиенических процедур полости рта, натирание

слизистой оболочки губы и щеки и т.д. В период ношения ортодонтических конструкций также могут возникнуть повышенное слюноотделение, измениться дикция, вкусовые ощущения при приеме пищи. Денежные средства, уплаченные за конструкцию, к ношению которой Пациент по субъективным причинам не может привыкнуть, возвращены не будут, вследствие отсутствия вины со стороны медицинской организации в невозможности индивидуума приспособиться к использованию ортодонтической конструкции.

Я информирован(а), что в ходе лечения может потребоваться изменение плана и объёма лечения, обусловленное индивидуальной реакцией организма на медицинское вмешательство, в том числе сепарация (коррекция формы и размеров), удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти по рекомендации лечащего врача- ортодонта.

Мне сообщено, что в ходе ортодонтического лечения возможно развитие следующих осложнений, не являющихся дефектами качества медицинской услуги, а именно: возникновение аллергических реакций на компоненты ортодонтической аппаратуры, появление очагов деминерализации эмали и развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба и вне его, что может потребовать дополнительного стоматологического лечения, появление болевых ощущений, дискомфорта в области верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, повышение подвижности зубов вследствие необходимости их перемещения, достигаемого за счет перестройки кости в процессе ортодонтического лечения, обострение заболеваний периодонта, обусловленных скрытыми очагами инфекции, развитие воспалительных процессов в области десен (гингивита), сопровождающихся кровоточивостью, болезненностью, припухлостью десен, травмированные слизистой оболочки полости рта, деформация отдельных зубов или зубных рядов после снятия ортодонтического аппарата, резорбция (рассасывание) корней зуба вследствие значительного перемещения зубов в процессе ортодонтического лечения; использование съемной ортодонтической аппаратуры может сопровождаться образованием двойного прикуса, что может обусловить нарушение функции височно-нижнечелюстного сустава, при этом указанных осложнений можно избежать при выполнении рекомендаций лечащего врача. Кроме того, при обострении заболеваний пародонта, ортодонтическом лечении депульпированных зубов с хроническими очагами инфекции, возможно обострение воспалительного процесса, что может потребовать эндодонтического лечения, при неэффективности которого возможно удаление зуба. Также в процессе лечения может возникнуть необходимость совместного лечения у врача- ортодонта и врача-пародонтолога.

Поломка, перелом, трещины в пластмассовых или в металлических деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях требующие, в том числе, приварки новых элементов, замены утерянных и (или) отклеившихся брекетов, возникшие в процессе ортодонтического лечения. а также при необходимости изготовление нового ретенционного аппарата в случае его поломки, возникшие по вине Пациента, не относятся к гарантийным случаям и оплачиваются Заказчиком по договору отдельно.

Мне разъяснён и понятен рекомендованный план лечения и подготовка к нему. Так же даны разъяснения о допустимости уточнения диагноза в процессе лечения. Поскольку, невозможно точно предсказать изменения клинической картины, а также аккуратность в выполнении мною рекомендаций и намеченного плана технологии лечения, его стоимость и сроки могут измениться в процессе лечения. Успех лечения во многом зависит и от индивидуальных особенностей моего организма (особенности роста и развития зубочелюстной системы в детском подростковом возрасте). Я понимаю, что возможны негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения.

Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача ортодонта в сроки, указанные мне лечащим врачом. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта приводит к снижению качества и удлинению сроков ортодонтического лечения. Успех и ожидаемый положительный эффект ортодонтического лечения зависит от санации полости рта (зубов и слизистой оболочки) до начала лечения, а также от строгого соблюдения Пациентом рекомендаций лечащего врача ортодонта, а именно: своевременных регулярных осмотров у врача ортодонта как в процессе активного периода лечения, так и после него (в период пользования ретенционным аппаратом), тщательного соблюдения гигиены полости рта; невыполнение указанных требований может привести к снижению качества стоматологических услуг, удлинению сроков ортодонтического лечения, возникновению возможных нежелательных побочных или сопутствующих эффектов ортодонтической услуги, обусловить невозможность абсолютного или длительного достижения ожидаемого положительного эффекта ортодонтического лечения.

Мне сообщено, что достижение ожидаемого положительного эффекта ортодонтического лечения в виде сохранения ровных зубных рядов возможно только после ношения ретенционного аппарата. Отказ от ношения ретенционного аппарата, а также его неправильное использование могут обусловить рецидив имевшейся у Пациента аномалии (деформацию и ротацию отдельных зубов и зубных рядов, появление скученности зубов, деформации прикуса), снижение качества стоматологических услуг, удлинение сроков ортодонтического

лечения. Длительность ретенционного периода индивидуальна и зависит от возраста Пациента, состояния пародонта, индивидуальных особенностей перемещения зубов в процессе ортодонтического лечения, сложности и степени выраженности исходной патологии, плана лечения (как пример, с удалением или без удаления отдельных зубов), сроков активного периода лечения, наличия у пациента общесоматических заболеваний, наличия не устранённых функциональных нарушений, конструктивных особенностей используемого аппарата, в связи с чем определение гарантийных обязательств и установление гарантийных сроков и сроков службы по данному виду лечения невозможно. В связи со спецификой этого вида лечения, ортодонтическое лечение проводится без гарантии.

Дана информация о возможных альтернативных вариантах лечения, например: отсутствие лечения как такового, сочетание хирургического и ортопедического лечения, временные терапевтические реставрации,

Я проинформирован(а) о возможных осложнениях на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, не зависящих от врача:

- Изменение состояния эмали зубов (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов), повреждение эмали;
- Возможное обострение заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае я понимаю необходимость проведения комплексного лечения у врача-пародонтолога и использовать рекомендованные зубные щётки, ёршики, ирригатор, а также лекарственные средства. Я предупрежден(а), что при ортодонтическом лечении возможно обострение заболевания пародонта, обусловленное скрытыми очагами инфекции (хронический пародонтит);
- Избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций — вследствие несвоевременной явки к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта;
- Невозможность перемещения зуба — вследствие горизонтального расположения зуба в кости или сращения корня зуба с окружающей тканью;
- Усиление ретракции десны - вследствие начальных признаков этого процесса до начала лечения;
- рассасывание верхушек корней — вследствие гормональных нарушений, неконтролируемого использования ортодонтического аппарата;
- Нарушение речевой функции - временно, на период ортодонтического лечения;
- Поломка ортодонтической аппаратуры (например, керамической брекет-системы) и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт - вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съемного аппарата в бассейне и пр.);
- Частичная или полная потеря достигнутого результата — вследствие несоблюдения требований к закрепляющему периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача (например, удалить зачатки зубов «мудрости»), несвоевременного обращения к врачу, в том числе, при поломке аппарата;

Мне известно, что для нормализации прикуса возможно потребуется удаление, сепарация отдельных зубов на верхней и нижней челюстях.

Я понимаю, что определение гарантийных обязательств и установление гарантийных сроков и сроков службы по данному виду лечения невозможно. В связи со спецификой этого вида лечения ортодонтическое лечение проводится без гарантии.

Я предупрежден(а), что при несоблюдении рекомендаций врача, в частности ненадлежащей гигиены полости рта, а также отсутствию наблюдения у смежных специалистов (врача-пародонтолога, врача-хирурга) негативные последствия для моего организма могут превысить таковые при патологии прикуса и врач будет вынужден прекратить ортодонтическое лечение в моих же интересах в целях предотвращения негативных явлений или вреда моему здоровью.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Я осведомлен, что перелом, трещина в пластмассовых или металлических частях ортодонтического аппарата, а также введение дополнительных элементов в аппарат не относится к гарантийным случаям и должны быть оплачены отдельно. Поврежденные или утерянные мною части ортодонтического аппарата заменяются на новые, при этом их стоимость и фиксация оплачиваются отдельно.

Мне сообщена вся интересующая меня информация со мной согласованы:

- Методы и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

- Сроки проведения лечения. Мне сообщено и понятно, что названные сроки лечения являются ориентировочными. Конечные сроки лечения могут быть как больше — так и меньше и зависят от многих факторов, таких как: точность и своевременность выполнения мной плана лечения и всех рекомендаций лечащего врача, выполнения графика посещений врача в процессе лечения, возникновения различных осложнений в процессе лечения, особенности роста и развития зубочелюстной системы у детей и подростков и пр.; срок лечения может составить -

- Стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами которые трудно предвидеть.

Дополнительно: _____

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Я согласен(а) после окончания активного периода лечения носить ретенционный аппарат в течение всего периода, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиваться рецидив патологии прикуса. Я знаю, что контроль за ношением аппарата будет осуществлять врач ортодонт. (Контроль осуществляется по качеству фиксации ретенционного аппарата в полости рта).

Возможные исходы проводимого лечения:

- улучшение клинической ситуации в полости рта;
- стойкая ремиссия заболевания (заболеваний) ротовой полости;
- кратковременный положительный результат лечения;
- отсутствие эффекта лечения.

Мне сообщено и понятно, что важным, а в определенных случаях и необходимым, условием эффективного лечения является выполнение компьютерной томографии. В случае, несоблюдения мною рекомендации по проведению КТ до лечения я лишаю врачей возможности постановки правильного диагноза и выбора оптимальной тактики моего лечения.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесенных 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 проинформировал(а) медицинского работника обо всех случаях аллергических реакций, предоставил(а) сведения о состоянии здоровья на момент подписания настоящего согласия и в прошлом, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о постоянно и периодически принимаемых лекарственных средствах (инъекциях, мазях, назальных, глазных каплях, пищевых добавках, препаратах кальция), назначенных врачами другого лечебного учреждения или принимаемых самостоятельно, об употреблении алкоголя, наркотических и иных токсических средств. Мне известно, что не предоставление информации о состоянии здоровья может повлиять на эффективность и результаты медицинского вмешательства, и я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

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

Я предоставляю ГБУЗ «ДСП 58 ДЗМ» право вести фото- и фото протокол манипуляций по выбору врача(ей), использовать, обрабатывать, хранить, дублировать, анализировать мои изображения, включая фотографии и рентгенологические снимки. срезы КТ на сайтах в сети Интернет, для контроля качества лечения, для научных публикаций и в программах обучения врачей при соблюдении анонимности (т.е. без указания Ф.И.О. пациента).

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное. Я имел(а) возможность обсудить с врачом интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

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 и Приложение «Памятка к информированному согласию для проведения ортодонтического лечения» мною прочитан, мне понятно назначение Данного Документа, мною были заданы Доктору все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют.

Вариант 1.

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.

Пациент _____
(ФИО пациента или законного представителя) « ____ » _____ 20 г.

Врач _____ « ____ » _____ 20 г. .

Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Пациент _____
(ФИО пациента ил законного представителя) « ____ » _____ 20 г.

Врач _____ « ____ » _____ 20 г. .