

ИДС на ортопедическое лечение (зубное протезирование)

**Информированное добровольное согласие
на медицинское(-ие) вмешательство(-а) – ортопедическое лечение (зубное протезирование)**
(основание: статья 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, _____ {ФИОПациента}

{ДатаРожденияПациента} рождения, проживающий(-ая) по адресу:

{АдресПациента}

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

паспорт: _____, выдан: _____
(серия, номер) _____ (орган, выдавший паспорт, и дата выдачи)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – нужное подчеркнуть) ребёнка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребёнка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на предложенное(-ые) мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинское(-ие) вмешательство(-а), а именно: восстановление зуба(-ов) искусственной(-ыми) коронкой(-ами) и/или восстановление целостности зубного ряда несъёмным(и) мостовидным(и) протезом(-ами), и/или протезирование зуба(-ов) с использованием имплантата(-ов), и/или протезирование зубов полным(и) съёмным(и) пластиночным(и) протезом(-ами), и/или восстановление целостности зубного ряда съёмным(и) мостовидным(и) протезом(-ами), и/или протезирование частичным(и) съёмным(и) пластиночным(и) протезом(-ами), и/или протезирование съёмным(и) бюгельным(и) протезом(-ами), и/или восстановление целостности зубного ряда несъёмным(и) консольным(и) протезом(-ами), и т.д. (далее – **ортопедическое лечение (зубное протезирование)**) по поводу диагноза(-ов):

(диагнозы) по МКБ-10)

Медицинский работник

{Врач}

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

после выполненной диагностики и/или на этапе лечения кариеса зуба(-ов), и/или на этапе эндодонтического лечения зуба(-ов), и/или после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения зуба(-ов) обосновал необходимость в проведении ортопедического лечения (зубного протезирования).

Я информирован(а) о том, что ортопедическое лечение (зубное протезирование) бывает необходимо и проводится при лечении следующих нозологических единиц и состояний: потери зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни (K08.1 МКБ-10); изменений зубов и их опорного аппарата неуточнённых (K08.9 МКБ-10); кариеса дентина (K02.1 МКБ-10); другого кариеса зубов (K02.8 МКБ-10); кариеса зубов неуточнённого (K02.9 МКБ-10); острого пульпита (K04.01 МКБ-10); гнойного пульпита [пульпарного абсцесса] (K04.02 МКБ-10); хронического пульпита (K04.03 МКБ-10); хронического язвенного пульпита (K04.04 МКБ-10); хронического гиперпластического пульпита [пульпарного полипа] (K04.05 МКБ-10); острого апикального периодонтита (K04.4 МКБ-10); хронического апикального периодонтита (K04.5 МКБ-10); периапикального абсцесса со свищом (K04.6 МКБ-10); периапикального абсцесса без свища (K04.7 МКБ-10); корневой кисты апикальной и боковой (K04.8 МКБ-10); корневой кисты периапикальной (K04.8 МКБ-10) и т.д.

Медицинский работник ознакомил(а) меня с наиболее рациональным(и) в моей клинической ситуации (клинической ситуации лица, законным представителем которого я являюсь) методом(-ами) ортопедического лечения (зубного протезирования), а также с необходимыми подготовительными мероприятиями (далее нужное подчеркнуть и заполнить):

- восстановление зуба(-ов) искусственной(-ыми) коронкой(-ами):
_____;
(номер(а) зуба(-ов) по классификации ВОЗ)

- восстановление целостности зубного ряда несъёмным(и) мостовидным(и) протезом(-ами):

ИДС на ортопедическое лечение (зубное протезирование)

(локализация ортопедической(-их) конструкции(-ий), номер(а) опорных зубов (дентальных имплантатов) по классификации ВОЗ);

- протезирование зуба(-ов) с использованием имплантата(-ов): _____;
 (номер(а) зуба(-ов) по классификации ВОЗ);

- протезирование зубов полным(и) съёмным(и) пластиночным(и) протезом(-ами):

(локализация ортопедической(-их) конструкции(-ий))

- восстановление целостности зубного ряда съёмным(и) мостовидным(и) протезом(-ами):

(локализация ортопедической(-их) конструкции(-ий), номер(а) опорных зубов по классификации ВОЗ);

- протезирование частичным(и) съёмным(и) пластиночным(и) протезом(-ами):

(локализация ортопедической(-их) конструкции(-ий))

- протезирование съёмным(и) бюгельным(и) протезом(-ами):

(локализация ортопедической(-их) конструкции(-ий))

- восстановление целостности зубного ряда несъёмным(-и) консольным(-и) протезом(-ами):

(локализация ортопедической(-их) конструкции(-ий))

- консультации и подготовительное лечение: врача-стоматолога, врача-стоматолога-терапевта, врача-стоматолога-хирурга, врача-ортодонта, гигиениста стоматологического, врача-оториноларинголога и т.д.:

- иное: _____.

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемым ортопедическим лечением (зубным протезированием) и, в соответствии со своей волей, мог(ла) либо отказаться от него, либо дать своё согласие на ортопедическое лечение (зубное протезирование).

Последствиями отказа от предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) ортопедического лечения (зубного протезирования) могут быть: перелом зуба(-ов) после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения; развитие или прогрессирование вторичных деформаций зубных рядов; снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики и нарушение функции речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата оставшихся зубов, повышенная стираемость оставшихся зубов вследствие их функциональной перегрузки; заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейромышечная патология и т.д.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения (возможными вариантами медицинского вмешательства), которые в моем случае (в случае лица, законным представителем которого я являюсь) будут иметь меньший клинический успех.

Я информирован(а) о том, что альтернативными ортопедическому лечению (зубному протезированию) методами лечения являются: восстановление коронки зуба(-ов) пломбой(-ами), ортодонтическое выравнивание имеющихся зубов, профессиональное отбеливание, а также изготовление временных ортопедических конструкций, либо отсутствие лечения как такового.

В случае проведения обезболивания выбор анестезиологического пособия (анестетика и техники выполнения анестезии) я доверяю медицинскому работнику, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые лекарственные препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т. д.) о применяемой анестезии.

Я информирован(а) о принципах, целях и методах оказания медицинской помощи, а именно ортопедического лечения (зубного протезирования), которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: восстановление

ИДС на ортопедическое лечение (зубное протезирование)

анатомической формы и функции зуба(-ов); восстановление достаточной функциональной способности зубочелюстной системы; предупреждение развития патологических процессов и осложнений; повышение качества жизни пациента; обеспечение эстетики зубного ряда; предупреждение или устранение негативных психоэмоциональных последствий, связанных с разрушением и/или отсутствием зуба(-ов) и т.д.

Я информирован(а) о том, что ортопедическое лечение (зубное протезирование) – это сложный и многоэтапный процесс, представляющий собой комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, направленный на нормализацию функционального и эстетического состояния всей зубочелюстно-лицевой системы, длительностью от нескольких месяцев до года и более, исходя из конкретной клинической ситуации.

Я информирован(а) о том, что ортопедическое лечение (зубное протезирование) включает по меньшей мере следующие этапы:

- консультационно-диагностический этап, включающий рентгенологическое обследование, изготовление диагностических моделей зубных рядов, функциональную диагностику височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц (при наличии показаний), консультации врачей-специалистов, составление плана диагностики, лечения, профилактики и медицинской реабилитации и т.д.;

- этап обработки зубов (одонтопрепарирование) под ортопедические конструкции (зубные протезы) и одномоментное изготовление временных ортопедических конструкций (зубных протезов) и т.д.;

- этап примерок и подгонок ортопедических конструкций (зубных протезов) в полости рта;

- этап фиксации постоянных ортопедических конструкций (зубных протезов) в полости рта, их коррекция по прикусу;

- этап коррекций съёмных ортопедических конструкций (зубных протезов);

- этап диспансеризации, представленный динамическим наблюдением и профессиональной гигиеной полости рта с периодичностью 1 раз в 3, 6 и 12 месяцев (периодичность определяется индивидуально и зависит от состояния опорных зубов (дентальных имплантатов), состояния тканей пародонта, выбранной ортопедической конструкции и уровня индивидуальной гигиены полости рта и т.д.).

Я информирован(а) о том, что ортопедическое лечение (зубное протезирование), как многоэтапный процесс, требует неоднократного посещения медицинской организации и медицинского работника.

Я информирован(а) о том, что овеществлённым результатом ортопедического лечения (зубного протезирования) является установка в полости рта искусственного(-ых) зуба(-ов) вместо разрушенного(-ых) или утраченного(-ых) для обеспечения пережёвывания пищи и эстетики. Я информирован(а) о том, что ортопедические конструкции (зубные протезы) не могут быть идентичны собственным зубам и тканям.

Я информирован(а) о том, что перед покрытием зуба(-ов) ортопедической(-ими) конструкцией(-ями) проводится процедура сошлифования твёрдых тканей зуба(-ов), которая является необратимой.

Соглашаясь на ортопедическое лечение (зубное протезирование), я понимаю, что любой ортопедической конструкции (зубному протезу) присущи эстетические, функциональные и конструктивные особенности, которые могут привести к определённым неудобствам, связанным с их использованием, а именно:

- отличие ортопедической конструкции (зубного протеза) по форме, цвету и прозрачности от собственных зубов и других ортопедических конструкций (зубных протезов), особенно при различном освещении;
- необходимость изменения индивидуальной гигиены полости рта в связи с повышенной ретенцией пищи к частям ортопедической конструкции (зубному протезу);
- наличие видимых металлических частей и элементов фиксации ортопедической конструкции (зубного протеза);
- отсутствие разделения между спаянными искусственными коронками в составе ортопедической конструкции (зубного протеза);
- изменение чувствительности при смыкании зубов, а также изменение чувствительности слизистой оболочки полости рта из-за перекрывания её частями ортопедической конструкции (зубного протеза);
- необходимость применения специальных средств и/или медицинских изделий для лучшей фиксации ортопедической конструкции (зубного протеза);
- затруднённое привыкание (адаптация) к качественно изготовленной ортопедической конструкции (зубному протезу), вследствие сопутствующих заболеваний и/или индивидуальных психомиофункциональных особенностей организма, которое может проявляться вявление чувства тошноты, нарушении функций: речи, жевания, глотания и т.д.

Я проинформирован(а) о том, что в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятии 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.

Я информирован(а) о том, что даже при успешном завершении ортопедического лечения (зубного протезирования), нельзя дать гарантии в том, что:

- опорный(-ые) зуб(ы) не подвергнется (не подвергнутся) кариозному разрушению и перелому в будущем;
- не произойдёт развитие воспалительных процессов в тканях периода опорного(-ых) зуба(-ов), что приведёт к необходимости снятия постоянной ортопедической конструкции (зубного протеза) с целью её коррекции и/или изготовления новой;

ИДС на ортопедическое лечение (зубное протезирование)

- не произойдет перелом (отлом) и/или нарушение целостности частей ортопедической конструкции (зубного протеза) в результате её естественного износа и/или травмы, и/или нарушения рекомендаций медицинского работника по правилам её использования;
- не произойдет перелом (отлом) и/или нарушение целостности частей дентального(-ых) имплантата(-ов);
- не произойдет воспаления мягких тканей вокруг дентального(-ых) имплантата(-ов), что потребует дополнительного лечения и/или коррекции и/или изготовления новой ортопедической конструкции (зубного протеза).

Я информирован(а) о возможных рисках и осложнениях ортопедического лечения (зубного протезирования), а именно о том, что в 10% случаев возможно развитие ятрогенных осложнений (появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, например, аллергических реакций и т.д.), а также, что в 20% случаев возможно развитие нового заболевания, связанного с основным (рецидив кариеса и/или его прогрессирование, поражение пульпы зуба(-ов), развитие деструктивных процессов в периапикальных тканях зуба(-ов), воспалительные процессы в тканях пародонта, патологии слизистой оболочки полости рта и языка, а также развитие дисфункции и патологий височно-нижнечелюстного сустава и т.д.).

Я информирован(а) о том, что выбор метода восстановления зуба при лечении кариеса и/или после проведённого (ранее выполненного) эндодонтического лечения (лечения корневых каналов зуба) зависит от ряда факторов, в том числе от индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ), который определяется после препарирования кариозной полости зуба. При показателях ИРОПЗ в пределах 0,2–0,4 применяется метод пломбирования. Для группы жевательных зубов при ИРОПЗ > 0,4 показано изготовление вкладок из металлов, из керамики или из композитных материалов. При ИРОПЗ > 0,6 показано изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ > 0,8 показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок.

Я обязуюсь приходить (обеспечивать приход лица, законным представителем которого я являюсь) на контрольные осмотры (по графику, обговорённому с медицинским работником и зафиксированному в медицинской документации), соблюдать гигиену полости рта.

Я информирован(а) о необходимости строго следовать этапам лечения, важности соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также о необходимости полного восстановления целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций (зубных протезов).

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций медицинского работника.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) медицинского работника обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма (организма лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе аллергического характера, о наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемого ортопедического лечения (зубного протезирования). Я предупрежден (-а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть при ортопедическом лечении (зубном протезировании) в результате применения лекарственных препаратов и медицинских изделий.

Я предоставил(а) медицинскому работнику точную историю моего физического и психического здоровья (здравья лица, законным представителем которого я являюсь). Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от медицинского работника указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля, динамического наблюдения и визитов в указанные сроки.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительных медицинских вмешательств, в том числе в экстренной форме, я даю согласие на оказание медицинских услуг (медицинской помощи) в том объёме, который определит медицинский работник.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные медицинские процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи стоматологического профиля любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я информирован(а) о предполагаемых результатах ортопедического лечения (зубного протезирования), а именно: изменение состояния моего здоровья (здравья лица, законным представителем которого я являюсь), осуществлённое путём профилактики и/или диагностики, и/или лечения, и/или медицинской реабилитации имеющегося(-ихся) у меня (у лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания(-ний) и/или состояния(-ний).

Я согласен(-на) на проведение медицинской фото- и видеосъёмки при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я согласен(-на) и разрешаю медицинскому работнику, в случае необходимости, опубликовать информацию о моём лечении (лечении лица, законным представителем которого я являюсь) в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

ИДС на ортопедическое лечение (зубное протезирование)

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению (лечению лица, законным представителем которого я являюсь).

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечёт за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от предложенного лечения, либо дать на него своё согласие.

Я информирован(а), что настоящий документ составлен на **5-и** страницах и хранится в моей медицинской документации (медицинской документации лица, законным представителем которого я являюсь).

Дата оформления информированного добровольного согласия: {Дата Договора}

Пациент (законный представитель):

(подпись)

{ФИО Пациента}

(расшифровка)

{Врач}

Медицинский работник:

(подпись)

(расшифровка)

Этот раздел бланка заполняется в случае отказа от медицинского вмешательства

От подписи бланка на отказ от медицинского вмешательства пациент(ка) **отказался(-ась)**:

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись: _____

Должность, Ф.И.О. и подпись: _____

Должность, Ф.И.О. и подпись: _____

« _____ » 202 _____ г.