

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Настоящее согласие на проведение медицинского вмешательства (лечения) составлено в соответствии со статьей 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, находясь на лечении в ООО «МЕРИДИАНУМ», уполномочиваю врача-стоматолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ провести ортопедическое лечение дефектов зубов и/или зубных рядов челюстей. Этот документ содержит также необходимую для меня информацию о предлагаемом лечении, и я могу либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_и указал на необходимость ортопедического лечения и проведения гигиены полости рта. Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуб при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой (вкладкой) после проведенного эндодонтического лечения, изменение прикуса, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания нервной системы.

Я ознакомлен(а) с планом протезирования и проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования.

Из всех предложенных вариантов протезирования я выбрал следующий:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Доктор понятно объяснил мне последовательность этапов протезирования, необходимость строго следовать этапам протезирования, соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать, прежде чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Я понимаю, что предложенное мне протезирование направлено на сохранение моего стоматологического здоровья, в то же время я осознаю, что протез является искусственным заменителем моих зубов и он не может адаптироваться под изменения моего организма.

Я понимаю, что зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается возрастным изменения (как при наличии протеза, так и без него), которые проявляются в обнажении корня зуба, атрофии костной ткани человека, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания обменных процессов, которые у каждого человека индивидуальны, возникает необходимость либо коррекции протеза, либо его переделки.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии (аллергические реакции: анафилактический шок, гипертонический криз, коллапс, обморок, потеря чувствительности), после постановки пломб (постопломбировочные боли при накусывании, повышенная реакция на холодное, болезненные ощущения в десне при постановке придесневой пломбы), осложнениях при лечении корневых каналов (перфорация, перепломбировка, облом эндодонтического инструмента, невозможность прохождения корневого канала и, как следствие необходимость хирургического лечения: удаление зуба или резекция кисты), о возможности появления повышенной чувствительности зубов после снятия зубных отложений и появления рецессии десны (оголение корней зубов, связанное с уменьшением отека десны), о вероятности побочных действий при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем времени.

Я понимаю, что мне гарантируется соблюдение технологии лечебного процесса. Принимая сущность предложенного лечения и уникальность собственно организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Мое согласие является свободным и добровольным.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

*Пациент:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

*Беседу провел врач:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

*Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «2023г.»*