

наименование медицинской организации

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

Я, \_\_\_\_\_

(« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. р., проживающий (-щая) по адресу: \_\_\_\_\_),

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

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

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

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на предложенное 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 несъемным (-и) мостовидным (-и) протезом (-ами), и/или протезирование зуба (-ов) с использованием имплантата (-ов), и/или протезирование зубов полным (-и) съемным (-и) пластиночным (-и) протезом (-ами), и/или восстановление целостности зубного ряда съемным (-и) мостовидным (-и) протезом (-ами), и/или протезирование частичным (-и) съемным (-и) пластиночным (-и) протезом(-ами), и/или протезирование съемным (-и) бюгельным (-и) протезом (-ами), и/или восстановление целостности зубного ряда несъемным (-и) консольным (-и) протезом (-ами), и т.д. (далее - ортопедическое лечение (зубное протезирование) по поводу диагноза (-ов):

\_\_\_\_\_ (диагноз (-ы) по МКБ – 10)

Медицинский работник \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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

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

- восстановление целостности зубного ряда несъемным (-и) мостовидным (-и) протезом (-ами): \_\_\_\_\_;  
(локализация ортопедической (-их) конструкции (-ий), номера опорных зубов по классификации ВОЗ)

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

- протезирование зубов полным (-и) съемным (-и) пластиночным (-и) протезом (-ами): \_\_\_\_\_;  
(локализация ортопедической (-их) конструкции (-ий))

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

\_\_\_\_\_  
(локализация ортопедической (-их) конструкции (-ий), номера опорных зубов по классификации ВОЗ)

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

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

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

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

- восстановление целостности зубного ряда несъемным (-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, ЛОР-врача 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 свое 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 проведенного (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; проявления гальванического синдрома в полости рта;**

Меня также познакомили 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 (-ми), ортодонтическое выравнивание имеющихся зубов и отбеливание, а также изготовление временных ортопедических конструкций, либо отсутствие лечения как такового.**

**Я информирован (-а) о принципах, целях и методах оказания медицинской помощи, а именно ортопедического лечения (зубного протезирования), которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: восстановление анатомической формы и функции зуба (-ов); восстановление достаточной функциональной способности зубочелюстной системы; предупреждение развития патологических процессов и осложнений; повышение качества жизни пациента; предупреждение или устранение негативных психоэмоциональных последствий, связанных с отсутствием зубовой 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 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 и 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 фиксации постоянных ортопедических конструкций (зубных протезов) в полости рта, их коррекция по прикусу;

- 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, состояния тканей пародонта, выбранной ортопедической конструкции и уровня индивидуальной гигиены полости рта).

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

**Я информирован (-а) о том, что овеществленным 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 сошлифовывания твердых 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 определенным 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 медицинских изделий для лучшей фиксации ортопедической конструкции (зубного протеза);
- затрудненное привыкание (адаптация) к качественно изготовленной ортопедической конструкции (зубному протезу), вследствие сопутствующих заболеваний и/или индивидуальных психомофункциональных особенностей организма, которое может проявляться в появлении чувства тошноты, нарушении функции: речи, жевания, глотания и т.д.

Я проинформирован(-а) о том, 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.

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 произойдет развитие воспалительных процессов в тканях пародонта опорного (-ых) зуба (-ов), что приведет к необходимости снятия постоянной ортопедической конструкции (зубного протеза) с целью её коррекции и/или изготовления новой;
- не произойдет перелом (отлом) и/или нарушение целостности частей ортопедической конструкции (зубного протеза) в результате её естественного износа и/или травмы, и/или нарушении рекомендаций медицинского работника по правилам её использования;
- не произойдет перелом (отлом) и/или нарушение целостности частей дентального (-ых) имплантата (-ов).

Я информирован (-а), о том, что выбор метода восстановления зуба при лечении кариеса и/или после проведенного (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 - 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 на контрольные осмотры (по графику, обговоренному 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).**

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, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемого ортопедического лечения (зубного протезирования).

Я предоставил(-а) медицинскому работнику точную историю моего физического и психического здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь). Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья.

**Я информирован (-а) о предполагаемых результатах ортопедического лечения (зубного протезирования), а именно стабилизация патологического процесса (отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики).**

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

Я согласен(-а) и разрешаю медицинскому работнику, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем 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.

У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

Настоящий документ составлен на 4-х страницах и хранится в моей медицинской документации.

Дата оформления информированного добровольного согласия: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Пациент (законный представитель):** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)(расшифровка)

**Медицинский работник:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка)

**Этот раздел бланка заполняется в случае отказа от медицинского вмешательства!!!**

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

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись: \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись: \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.