

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

(установка ортодонтического кольца)

Данное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства № 736 от 11.05.2023.

Я _____

(Ф.И.О. полностью)

Данный раздел заполняется при оказании услуг лицам, не достигшим 15-ти лет:

являясь законным представителем (указать Ф.И.О. ребенка):

_____ дата рождения ребенка _____

при оказании мне (представляемому) стоматологических услуг в ООО «Терапия Красоты+» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство – установка ортодонтического кольца.

Ортодонтическое кольцо – это несъемное ортодонтическое изделие, которое состоит из металлического или композитного кольца и распорки-дуги и используется при потере зуба (в том числе молочного) для удержания места (в том числе до прорезывания постоянного).

Альтернативные варианты: отказ от медицинского вмешательства; установка съемной ортодонтической пластинки.

Я подтверждаю, что врач проинформировал меня о планируемом медицинском вмешательстве и его методе: ортодонтическое кольцо надевается на соседний зуб-опору, а распорка-дуга упирается в другой соседствующий с полостью зуб. Установка кольца требует нескольких визитов: для снятия слепков либо цифрового сканирования; для фиксации кольца, которое осуществляется на стекломерный цемент либо на композитный материал с применением ультрафиолетовой лампы. В некоторых случаях требуется предварительное разделение зубов при плотно размещенных зубах. После фиксации на стекломерный цемент в течение часа нельзя употреблять пищу и жидкости. В состав некоторых материалов, с помощью которого кольцо фиксируется на зубе, входят фториды – безопасные соединения фтора. На протяжении лечения такой материал выделяет микродозы фторидов, что обеспечивает профилактику кариеса под кольцом. Метод установки, используемые материалы, длительность лечения определяются врачом индивидуально по медицинским показаниям. Лечение включает в себя также динамическое наблюдение врачом-ортодонтом.

Цель установки ортодонтического кольца: удержание места отсутствующего зуба. В некоторых случаях целью установки является контроль и/или перенесение сил на зубы (для постоянных моляров) в процессе ортодонтического лечения.

Основными последствиями отказа от медицинского вмешательства могут быть: смещение части ряда зубов, скученность и другие нарушения и изменения прикуса; повреждение постоянного зуба из-за неправильного положения или прорезывания.

Я осознаю и мне разъяснено, что во время установки ортодонтического кольца могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. Я согласен (согласна) на то, что вид и тактика медицинского вмешательства может быть изменена врачом по его усмотрению с целью обеспечения максимальной защиты организма во время медицинского вмешательства.

Возможные риски и осложнения: болевые ощущения, дискомфорт, чувство распирания; отек (припухлость) десны и мягких тканей, воспаление пародонта; нарушение функции речи, жевания, глотания; индивидуальные аллергические реакции на материалы и компоненты; нарушение фиксации кольца, что может потребовать повторной установки; затрудненная чистка зубов. Я понимаю, что несъемное ортодонтическое изделие - это инородное тело в полости рта и требует привыкания.

Я проинформирован(а), что во время ортодонтического лечения необходимо регулярно проводить профессиональную гигиену полости рта по графику, рекомендованному врачом-ортодонтом, но не реже 4-х раз в год. При несоблюдении рекомендаций по гигиене полости рта возможны осложнения: деминерализация эмали, появления пятен на зубах, кариес зубов, гингивит (воспаление десны). Я соглашаюсь с тем, что если при контроле гигиены полости рта (по индексам гигиены), лечащий врач определит неудовлетворительное состояние гигиены полости рта, то на любом этапе лечения из-за высокого риска возникновения осложнений, мне будет рекомендовано снятие ортодонтического изделия, при этом деньги за оказанные услуги не возвращаются.

Предполагаемые результаты: снижение риска смещения части ряда зубов, фиксация межзубного пространства. Гарантировать результат ортодонтического лечения невозможно. Ортодонтия не является точной наукой, поэтому ни медицинская организация, ни врач-ортодонт не могут гарантировать какой-либо определенный результат в силу особенностей протекания биологических процессов в организме.

Я проинформирован(а) о правилах использования, гигиеническом уходе за ортодонтическим изделием. Я понимаю, что при несоблюдении рекомендаций возможны поломки. Замена или починка изделия производится по действующему прейскуранту. Я уведомлен(а), что ортодонтическое изделие является временной конструкцией, используемой на этапе ортодонтического лечения, и не имеет гарантийных сроков и сроков службы.

Я проинформировал(а) врача обо всех сведениях, которые могут каким-либо образом повлиять на процесс и результат лечения, в т.ч. о наличии заболеваний (в т.ч. перенесенных), лечении в других медицинских организациях, противопоказаниях к применению каких-либо лекарств или процедур, обо всех случаях аллергии на лекарственные препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль в прошлом и настоящее время, сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических, токсических и психотропных средств. Я обязуюсь незамедлительно сообщать врачу обо всех изменениях моего (представляемого) здоровья.

Я подтверждаю, что врачом мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора установки ортодонтического кольца, я имел(а) возможность полностью обсудить с врачом предстоящее медицинское вмешательство.

Также я информирован(а) о возможности получения бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) в других медицинских организациях. Я информирован(а), что ООО «Терапия красоты+» НЕ участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мною прочитаны, разъяснены мне медицинским работником и понятны.

Я добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство – установка ортодонтического кольца на описанных выше условиях и обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Я уведомлен(а) о том, что для установки ортодонтического кольца может потребоваться несколько посещений в зависимости от клинического случая. Я согласен (согласна), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем информированном добровольном согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной. Получения от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача во время прохождения лечения не требуется.

Согласен на установку ортодонтического кольца:

Дата подписания	Номер зуба (зубов)	Подпись пациента/ законного представителя	Фамилия, инициалы врача	Подпись врача
		(Фамилия, инициалы пациента/законного представителя)		(подпись)
Врач:		(Фамилия, инициалы врача)		(подпись)
Дата оформления:				