

**На основании ст. 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.**

**\*При обращении пациента, не достигшего возраста 18 (восемнадцати) лет, медицинское вмешательство осуществляется только с согласия одного из его родителей (иного законного представителя).**

## **Информированное добровольное согласие на лечение с помощью съемных ортодонтических аппаратов**

1. Я проинформирован(на) врачом-ортодонтом: о медицинских показаниях к проведению мне/лицу, в интересах которого дается ИДС (нужное подчеркнуть)

---

ортодонтического лечения с помощью съемных ортодонтических аппаратов и получил(-ла) необходимые разъяснения по поводу диагноза.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Корректировать возникающие проблемы с прикусом у детей позволяют: съемные ортодонтические пластинки (индивидуально изготовленные одно- или двучелюстные аппараты из пластмассы);

аппараты системы «Трейнер» и «Миобрейс» (каппы из мягкого силикона, способствующие правильному формированию прикуса, выравниванию зубов, нормализации глотания и дыхания).

2.2. Лечение на съемных аппаратах в большинстве случаев является первым этапом ортодонтического лечения, для достижения красивой гармоничной улыбки может потребоваться второй этап – лечение с помощью брекет- системы.

2.3. Любое ортодонтическое лечение нацелено на сохранение здоровья зубов и создание красивой улыбки, тем не менее, оно имеет ограничения и потенциальные риски, которые необходимо учитывать перед принятием решения о начале лечения. Многие из них могут возникнуть и без лечения, но при использовании ортодонтических устройств риск их возникновения и развития выше.

3. Мне известно, что существуют факторы, которые могут повлиять на исход ортодонтического лечения.

3.1. Предсказуемые факторы:

Регулярность посещений. Невыполнение рекомендаций и назначений, пропуски посещений (осмотров) могут не только удлинить время лечения, но и негативно сказаться на результате.

Уход за аппаратурой, гигиена полости рта и соблюдение режима питания. Плохая гигиена полости рта во время ношения аппаратуры, употребление пищи со значительным содержанием сахара увеличивает риск развития кариеса, пародонтита, гингивита и декальцификации зубов (возникновения белых точек).

3.2. Непредсказуемые факторы:

Вредные привычки. Ротовое дыхание, сосание пальцев или губы, сосание языка, (инфантильное глотание) и другие необычные привычки могут препятствовать движению зубов в правильное положение.

Парафункции жевательных мышц. Бруксизм (ночное скрежетание зубами), без пищевое жевание, сжатие зубов могут повредить аппарат и потребовать замены на новый.

Заболевания десен. Воспаление десен может начаться до начала лечения или развиваться во время него. Качественная чистка зубов в домашних условиях и регулярное проведение комплекса гигиенических процедур для аппарата помогут держать ситуацию под контролем.

Необычные происшествия. Потеря или поломка аппарата, проглатывание частей аппарата.

4. Я предупрежден(-на), что: во время адаптации к ортодонтической аппаратуре могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти, нарушение речеобразования, другие явления дискомфорта;

активацию съемной аппаратуры необходимо проводить точно в сроки, указанные лечащим врачом;

при невыполнении рекомендаций лечащего врача в период пользования съемными аппаратами срок лечения может удлиниться, а результаты лечения могут быть менее эффективными;

в период активного роста лицевого черепа может потребоваться повторное изготовление ортодонтического аппарата из-за роста костной ткани. Повторное изготовление аппарата оплачивается отдельно, согласно прейскуранту.

5. Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы), которые будут использованы в процессе лечения; ориентировочные сроки проведения лечения и его стоимость.

Я согласен (-на), что никто не может предсказать точный результат ортодонтического лечения по причине уникальности организма каждого и исполнительности самого пациента, играющей определяющую роль в достижении и сохранении результата, при этом мне безусловно гарантировано:

точность диагностики;

выбор оптимальной аппаратуры для коррекции прикуса;

улучшение эстетики и функций зубочелюстной системы.

7. Я понимаю, что: для постановки точного диагноза и проведения эффективного лечения может потребоваться дополнительное обследование и рентгенологический контроль качества лечения;

консультация врачей-стоматологов иного профиля;

консультация врача общего медицинского профиля;

условием эффективного лечения является выполнение мною плана лечения, плана индивидуальных профилактических мероприятий и соблюдение всех рекомендаций и назначений врача;

значительные результаты лечения могут быть достигнуты только в тесном сотрудничестве пациента с врачом; удлинение времени лечения и/или компромиссные результаты лечения могут быть следствием слабого сотрудничества;

8. Я удостоверяю своей подписью, что: мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении: о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а так же о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

9. Я так же даю согласие на использование врачом моих/лица, в интересах которого дается ИДС фото- и рентгеновских снимков в научных публикациях, для демонстрации работ (лекции, интернет) без указания персональных сведений, а так же при решении спорных вопросов в судебном порядке.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и принимаю решение приступить к лечению.

Подпись врача: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Фамилия Имя Отчество)

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Фамилия Имя Отчество)

Подпись законного представителя: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Фамилия Имя Отчество)

Дата « » \_\_\_\_\_ 20\_\_ год