

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение ортодонтического лечения**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом
от 21.11.2011 №323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

г. Красноярск

«___» _____ 201__ г.

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество – полностью)

как законный представитель _____
(Ф.И.О. ребенка, опекаемого – полностью)

Соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-ортодонт.

Я получил(а) от своего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем ортодонтическом лечении. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил необходимость дополнительных методов обследования (измерения диагностических моделей, рентгеновских снимков, фотографий, КТ, ТРГ) для выработки оптимального плана лечения. Мне был подробно разъяснен предполагаемый план лечения с использованием различных видов аппаратуры с указанием предполагаемых сроков лечения и цены. Я согласен(а) с этим методом лечения патологии прикуса (деформации зубного ряда). Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть санированы (вылечены) до начала лечения прикуса (деформации зубного ряда).

Я предварительно проинформирован(а), что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба. Я согласен(а) с тем, что врач-ортодонт оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при плохой гигиене полости рта. Деньги за проведенный объем лечения не будут возвращены. Контроль гигиены полости рта будет осуществляться по индексу гигиены Федорова-Володкиной.

Я знаю, что ортодонтическая аппаратура – это инородное тело в полости рта. Привыкание к съемной ортодонтической конструкции требует большого терпения и времени, в среднем это длится 1,5-2 месяца. До начала активного периода лечения врач проводит коррекцию аппаратуры в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта. Деньги за съемные ортодонтические аппараты, к которым пациенты не могут привыкнуть, не будут возвращены. Мне было сообщено, что привыкание к несъемной ортодонтической технике происходит в течение 10-14 дней. В это время могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки губы и щеки. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят.

Мне известно, что для нормализации прикуса возможно потребуется удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости удаления зубов врач сообщает дополнительно.

Я поставлен(а) в известность о ношении внутриротовых эластиков и необходимости соблюдения режима их ношения. Продолжительность времени их ношения влияет на результат.

Я предупрежден(а) о возможных обострениях заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае я согласен(а) проводить комплексное лечение у врача-ортодонта и врача-пародонтолога.

Я поставлен(а) в известность, что при лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний пародонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции.

Мне сообщено, что после окончания активного периода лечения требуется ношение ретенционных аппаратов в течение всего периода, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиваться рецидив патологии прикуса. Я знаю, что контроль за ношением аппарата будет осуществлять врач-ортодонт. (Контроль осуществляется по качеству фиксации ретенционного аппарата в полости рта).

Мне было объяснено, что существуют непредсказуемые факторы, которые могут повлиять на исход ортодонтического лечения:

- **Вредные привычки.** Ротовое дыхание, сосание пальцев или губы, сосание языка (неправильное глотание) и другие необычные привычки могут препятствовать движению зубов в правильное положение или вызвать возвращение зубов в обратное положение после снятия брекетов.
- **Генетически обусловленная модель роста лицевого скелета.** Необычная форма лицевого скелета и недостаточный или избыточный рост лица могут повлиять на результаты лечения и вызвать перемещение зубов в период после снятия аппаратуры. В таких случаях может быть рекомендована помощь челюстно-лицевого хирурга.
- **Перемещение зубов после окончания лечения.** Зубы имеют тенденцию смещаться как после окончания лечения, так и после периода ретенции (период, связанный с необходимостью укрепить зубы в новом для них положении). Наиболее частыми примерами являются повороты и скученность нижних передних зубов или незначительная щель между зубами на стороне удаления или между верхними центральными резцами.

Проблемы с височно-нижнечелюстным суставом (ВНЧС). Положение зуба, прикус или бессимптомные, существовавшие до начала лечения нарушения в ВНЧС, могут быть причиной подобного состояния. Традиционное

ортодонтическое лечение не направлено на лечение дисфункции ВНЧС. В процессе ортодонтического лечения выраженность дисфункции может не меняться, уменьшаться или увеличиваться. На данный момент в мировой научной ортодонтической литературе нет убедительных данных о связи ортодонтического лечения и состояния ВНЧС. Ухудшение состояния сустава после лечения может быть никак не связано с данным лечением. Пришлифовывание (избирательное сглаживание или изменение формы зуба) или другое специальное лечение может быть рекомендовано вашим стоматологом для улучшения ситуации в суставе.

Дисфункции ВНЧС и ортодонтическое лечение.

- шумы в суставе
- боль и неприятные ощущения в челюсти, наиболее выраженные утром и поздним вечером;
- шелканье или треск во время открывания или закрывания рта;
- припухание с одной стороны лица;
- чувствительность зубов при отсутствии проблем с зубами;
- боль в ухе без инфекции;
- трудности в открывании или открывании рта и/или жевании;
- чувство скованности в челюсти во время разговора, зевания или приема пищи;
- изменения в прикусе в последнее время;
- частое просыпание утром с головной болью или частые продолжительные головные боли.

Наличие одного или нескольких вышеперечисленных признаков может свидетельствовать о дисфункции ВНЧС.

Я осведомлен(а), что положение зуба, прикус или бессимптомные, существовавшие до начала лечения нарушения в ВНЧС, могут быть причиной подобного состояния.

Я предупрежден(а) о том, что традиционное ортодонтическое лечение не направлено на лечение дисфункции ВНЧС

Я понимаю, что в процессе ортодонтического лечения выраженность дисфункции может не меняться, уменьшаться или увеличиваться, что ухудшение состояния сустава после лечения может быть никак не связано с данным лечением.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего ретенционного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

- **Ретенированные (непрорезавшиеся) зубы.** При попытке выдвинуть ретенированные (не способные прорезаться нормально) зубы, это в первую очередь относится к клыкам и третьим молярам (зубам мудрости), иногда возникают различные проблемы, которые могут привести к подвижности таких зубов, частичному возврату в исходное состояние или даже к его потере.

Я осведомлен(а), что перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, приварка новых элементов – не относятся к гарантийным случаям и должны быть оплачены отдельно.

Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в сроки, указанные в талоне на прием. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта приводит к снижению качества ортодонтического лечения и увеличению сроков лечения, создают много проблем в расписании.

Я понимаю, что хорошие результаты могут быть достигнуты только в сотрудничестве с пациентом; Удлинение времени лечения и(или) компромиссные результаты лечения, могут быть последствием слабого сотрудничества пациента с врачом.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего ретенционного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Ортодонтическое лечение является методом выбора. Оно, подобно любому другому лечению организма имеет определенный риск и ограничения.

Генеральный директор
ООО «Дентарис»

Н.А.Соловьева

МП

Подпись _____ / _____
за несовершеннолетнего, не достигшего 14 лет

несовершеннолетний от 14 до 18 лет, с согласия
представителей