

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИЮ ПО УСТАНОВКЕ МИНИВИНТОВ

Уважаемые пациенты!

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. При этом необходимым является и частичное повреждение здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага.

Данное Информированное добровольное согласие разработано во исполнении требований ст.20 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей».

Подписывая настоящее согласие, пациент выражает свою волю на проведение медицинской манипуляции, осознавая возможные риски, связанные с данным медицинским вмешательством, и подтверждая свою к ним готовность.

Согласно ч. 2 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 в отношении лица, не достигшего **возраста 15 лет**, согласие на медицинское вмешательство дает один из его родителей либо иной законный представитель

Минивинты представляют собой временные ортодонтические мини-имплантаты при помощи которых происходит перемещение зубов для нормализации прикуса.

Цель ортодонтического лечения с минивинтами: устранение аномалий прикуса, выравнивание положения зубных рядов. Установка минивинтов является одним из этапов ортодонтического лечения. Минивинты служат для стабилизации и опоры в ходе перемещения зубов в правильное положение. Минивинты используются для создания дополнительной временной опоры, потому что число и особенности положения зубов препятствует эффективному ортодонтическому перемещению без дополнительных опор.

Метод лечения с установкой минивинтов:

Минивинты изготовлены из нержавеющей стали. Они устанавливаются в ротовую полость под местной анестезией:

- в области нёба,
- между моими зубами на верхней и/или нижней челюсти;
- в области наружной кривой линии нижней челюсти, справа/слева;
- в область подскулового гребня верхней челюсти, справа/слева.

Минивинты устанавливаются и удаляются специальной отверткой. После завершения использования минивинтов и достижения нужного положения зубов согласно плану лечения минивинты будут удалены врачом. Может потребоваться установка нескольких минивинтов (до 6 штук) – в зависимости от того, сколько дополнительных опор потребуется в процессе лечения. Количество, виды минивинтов, методы лечения, а также необходимые этапы и сроки лечения определяет врач и в обязательном порядке согласует с пациентом. Минивинты устанавливаются на срок от 1 месяца до 1,5 лет. Невозможно точно установить сроки лечения ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе выполнения работ.

Для того, чтобы врач мог постоянно контролировать положение минивинтов и ход лечения требуются

своевременные и регулярные визиты на назначенный прием (не реже 1 раза в месяц), соблюдение тщательной гигиены полости рта и особые правила питания. На время лечения следует отказаться от употребления: липких продуктов (ириски, тянучки, жевательная резинка, вафли, чипсы, халва и т.д.); твердых продуктов (орехи, конфеты с орехами, сушки, бублики, сухари и т.д.). Твердые овощи и фрукты, такие как морковь, яблоки, груши, откусывать нельзя, их нужно резать на небольшие кусочки. Это касается также жесткого мяса и любых продуктов, требующих откусывания.

Альтернатива ортодонтическому лечению с установкой минивинтов: удаление зубов с последующим съемным и/или несъемным протезированием, включая имплантацию зубов.

Возможные риски (неблагоприятные последствия):

Установка минивинтов является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Минивинты являются инородным телом в полости рта, привыкание к которому требует терпения и времени.

Даже при качественном проведении лечения могут наступить некоторые нежелательные побочные действия и осложнения: воспаление и инфицирование участка, где был размещен минивинт; поломка минивинта; излишняя подвижность минивинта; повреждение корней соседних зубов во время установки минивинта; выпадение минивинта с возможным заглатыванием; попадание минивинта в дыхательные пути и/или в желудочно-кишечный тракт. Во время манипуляций в полости рта (анестезии, обработки зубов, установки минивинтов) возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания и речи. Указанные осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

Возможные дискомфортные состояния:

1. В первые дни установки минивинтов и фиксации к ним ортодонтической аппаратуры возможны некоторые

болевые ощущения, чувствительность зубов к нагрузке – такая начальная реакция зубов нормальна. Период привыкания длится, как правило, не более двух недель;

2. В период привыкания возможны проблемы с дикцией, которые быстро проходят;

3. Возможна реакция на вмешательство со стороны слизистой оболочки полости рта в виде появления участков воспаления. Наиболее часто они встречаются в области выступающих элементов: брекетов, колец, крючков, эластичных тяг;

4. Во время лечения могут появиться ощущения подвижности некоторых зубов. Это нормальная реакция при ношении данной аппаратуры;

5. После удаления минивинтов возможен дискомфорт в участке, где он располагался.

Предполагаемые результаты лечения. Поскольку установка Минивинтов является частью ортодонтического лечения, они играют вспомогательную роль в достижении

правильного положения зубов и нормализация прикуса. Эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением во внешнем виде, субъективна, поэтому чисто эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не может быть основанием для предъявления претензий.

Неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме, может привести к увеличению сроков лечения и как следствие, увеличению стоимости лечения.

Если не проводить ортодонтическое лечение (включая установку минивинтов), могут наступить следующие неблагоприятные последствия, в том числе: заболевание кости, атрофия костной ткани, воспаление десен, подвижность зубов, которая потребует их удаления. Также возможно возникновение патологии височно-нижнечелюстного сустава, головной боли, иррадирующей боли в шею сзади и в мышцы лица, утомляемости жевательных мышц.

Я, _____
даю согласие на установку минивинтов мне, ребенку _____

Врач _____

Биологические особенности организма, вредные привычки пациента и их возможное влияние на результат лечения:

Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы либо части текста отсутствуют.

Я понимаю цель и назначение описанной манипуляции, а также цель и смысл рекомендаций и назначений врача. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и ясные мне по содержанию разъяснения.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются вероятными объективными неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала.

Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат манипуляции. Я понимаю также, что прогноз об исходе заболевания (состояния) дается врачом исходя из собственного врачебного опыта и данных медицинской статистики, при этом я, как конкретный пациент в конкретной ситуации лечения, не являюсь усредненной статистической единицей.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я даю согласие на фотопротоколирование процесса лечения.

Я подтверждаю, что Исполнителем мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства согласно поставленному мне диагнозу.

Я понимаю, что факт моего согласия на медицинское вмешательство влечет соответствующие юридические последствия. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.

Я подписываю настоящий документ, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой и доступной для понимания информацией для принятия решения.

Подпись пациента или законного представителя:

ФИО _____

« _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись врача:

ФИО _____

« _____ » _____ 20 ____ г.