

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА
СЪЕМНОЕ, УСЛОВНО-СЪЕМНОЕ
ПРОТЕЗИРОВАНИЕ**

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.

Ортопедическое лечение (протезирование) – восстановление целостности зубных рядов и/или отдельных зубов и их функции (жевания, речь, эстетика).

Альтернативные варианты зубного протезирования: конструкция зубного протеза может быть несъемной, съемной и условно-съемной.

Съемные протезы - это конструкции, состоящие из пластинки с искусственными зубами (базиса) и фиксирующих элементов (кламмеров, замков, телескопических коронок, абатментов, балочных конструкций).

Протез опирается на зубы и/или дентальные импланты, а также слизистую полости рта. При полном отсутствии зубов и имплантов опора только на слизистую и фиксация за счёт адгезии (то есть протез плотно и равномерно соприкасается со слизистой, за счёт чего возникает присасывающий эффект клапана).

Опорные и фиксирующие элементы охватывают имеющиеся зубы и/или импланты. Виды съемных конструкции: частичные съемные протезы, полные съемные протезы.

Условно-съемные конструкции – протезы на имплантах, которые пациент самостоятельно снять не может, но врач, при необходимости замены, чистки, коррекции может это сделать.

Все перечисленные виды протезирования в той или иной степени являются **альтернативой друг другу.**

Этапы протезирования вне зависимости от вида протеза:

1 Подготовительный этап: включает в себя тщательную диагностику с составлением плана протезирования (ортопедическое планирование включает в себя изготовление оттисков для создания диагностических моделей, проведение функционального анализа, обсуждения функции, цвета, формы зубов с пациентом), в который могут входить профессиональная гигиена, терапевтическая подготовка зубов, ортодонтическая подготовка, а также хирургические вмешательства лечение пародонтита. Изготавливаются оттиски с обеих челюстей, затем на их основе делаются рабочие модели.

1. В зависимости от согласованного плана лечения могут быть изготовлены временные съемные конструкции (в том числе, временные имедиат-протезы). Временные конструкции устанавливаются с целью избежать смещения имеющихся зубов, компенсировать жевательную нагрузку, сохранить естественный контур десневого края, изолировать отпрепарированные зубы от воздействия агрессивных факторов, сохранить эстетику.

Временная конструкция не предназначена для длительного активного использования. В течение 6 месяцев она должна быть заменена на постоянный протез.

2. При необходимости может проводиться коррекция временной конструкции.

3. Изготовление постоянных конструкций в зуботехнической лаборатории (в этот период потребуются

несколько визитов пациента в клинику); проводится проверка конструкции протеза, его наложение, примерка, припасовка (коррекция), фиксация.

4. Реабилитация: предполагает определенный период адаптации к изготовленной конструкции, восстановление функций жевания, речи, явку на коррекции и перебазировки протеза в соответствии с графиком установленным врачом.

Возможные осложнения и риски:

1. При проведении анестезии, обработке зубов, снятии слепков, а также при пользовании протезом – возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и препаратов.

2. На этапе привыкания к любым протезам (в том числе, временным) возможны онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт; возможно нарушение функции глотания, жевания, речи; болезненность в области височно-нижнечелюстных суставов, нарушение открывания рта, повышенное слюноотделение, нарушение дикции.

3. Протезирование после длительного отсутствия зубов может изменить привычное восприятие человеком собственной улыбки, внешнего вида зубов в процессе речи, внешнего вида лица (выражения лица), как правило, психологическая адаптация к измененному внешнему виду является вопросом времени.

4. Поломка базиса протеза (временного протеза), а именно: появление микротрещин, трещин с расхождением, перелом протеза; поломка опорно-удерживающих элементов, ставшие результатом чрезмерного механического воздействия при приеме пищи, физического воздействия, индивидуальных особенностей организма пациента (бруксизм). Указанные ситуации являются негарантийными случаями (функциональность протеза восстанавливается за счет Заказчика).

5. Использование временных протезов за пределами сроков службы, указанных в Положении о гарантиях, не допустимо, поскольку отделение части временного протеза может причинить вред здоровью пациента.

Возможные дискомфортные состояния после установки съемных и условно-съемных протезов (в том числе, временных) в полость рта:

1. Нарушение артикуляции (произношения отдельных звуков и слов). Без специальных упражнений проходит в течение 3-4 месяцев. При выполнении специальных упражнений речь восстанавливается от нескольких дней до нескольких недель.

1. Нарушение вкусовых ощущений.

2. Небольшая подвижность протезов.

3. Возможно попадание частичек пищи под базис протеза.

4. Образование потертостей слизистой оболочки (требует обращения к лечащему врачу-ортопеду в течение 2-3 дней с момента обнаружения потертостей).

5. Видимые опорно-удерживающие элементы постоянных съемных протезов – кламмеров, к наличию которых необходимо постепенно привыкнуть.

6. Ощущение переполненности полости рта (как будто бы протезы слишком большие), которое проходит в течение 2-3 недель.

7. Ухудшение фиксации съемного протеза вследствие инволютивных процессов (развивающихся в сторону старения, ухудшения) в костной ткани под ним, что требует коррекции протеза, либо его полной замены.

Предполагаемые результаты: восстановление зубных рядов (отдельных зубов), их функций и их сохранение в течение установленных для пациента гарантийных сроков и сроков службы при соблюдении рекомендаций врача и условий предоставления гарантии.

Особенности протезирования в эстетически-значимой зоне.

Эстетически-значимая зона (зона улыбки) – зона зубов, визуально доступная третьим лицам. Даже при протезировании в данной зоне первичной задачей врача является восстановление функциональности зубов и стоматологического здоровья; протезы, коронки в первую очередь изготавливаются исходя из

требований физиологии челюстно-лицевого аппарата человека. Эстетические характеристики (цвет, форма, структура зуба) восстанавливаются в пределах технологических возможностей материалов и оборудования, используемых в зубопротезировании.

При всем многообразии оттенков современных стоматологических материалов, невозможно добиться полного совпадения цвета естественных и искусственных зубов, причем при разном освещении цветовое отличие может проявляться в большей или меньшей степени, что связано со свойствами различных по плотности физических тел.

Внешний вид зубного протеза (ов), а именно: цвет, высота, ширина, форма зубов, их направление, соотношение их между собой и высотой десневого края - **формируется на основе индивидуальных антропометрических показателей** (форма, размеры головы, лица, расположение глаз, носа, подбородка, губ, расположение челюстей в пространстве черепа, тип и компоненты улыбки и т.д.) с учетом положения уже имеющихся зубов.

Ни одна рекламная фотография третьих лиц с результатами протезирования не может являться каким бы то ни было ориентиром для ожиданий пациента относительно результатов протезирования в его индивидуальном случае.

Я _____

уполномочиваю врача-стоматолога _____

провести ортопедическое лечение дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей.

Избранный способ (конструкция): _____

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 фотопотоколирование 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:

Подпись врача:

ФИО _____

ФИО _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

« _____ » _____ 20 _____ г.