

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

1. Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований: статей 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункта 14, 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП РФ от 04.10.2012 года № 1006); ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

2. Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом** добровольного информированного **согласия пациента в письменной форме**.

3. 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.<sup>1</sup>

Я,

(ФИО пациента) либо

Я,

(законный представитель несовершеннолетнего)

(Ф.И.О. пациента, число, месяц, год рождения)

обращаюсь в ООО «ЦЕНТР-М» для проведения ортодонтического лечения зубных рядов.

Данный документ подтверждает, что в соответствии со статьями 19-23 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» №323-ФЗ, мне предоставлена вся необходимая информация о предстоящем лечении, и я согласен(а) с условиями лечения.

**Показания к ортодонтическому лечению в соответствии с диагнозами по Международной классификации болезней (МКБ-10)**

€ K00 Нарушение развития и прорезывания зубов

€ K01 Ретинированные и импактные зубы

€ K06 Другие изменения десны и беззубого альвеолярного края

€ K07 Челюстно-лицевые аномалии (включая аномалии прикуса), в частности

€ K07.5 Челюстно-лицевые аномалии функционального происхождения, нарушение смыкания челюстей, нарушение прикуса вследствие нарушения глотания, ротового дыхания, сосания языка, губ или пальца.

€ K08 Другие изменения зубов и их опорного аппарата

**Подписывая данный документ, я даю разрешение на начало медицинского вмешательства.**

**1. ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ** - это процесс выравнивания зубов и исправление неправильного прикуса.

### **2. ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

Я понимаю, что ортодонтическое лечение направлено на исправление и профилактику нарушений челюстно-лицевого развития, в частности, неправильного прикуса. Его суть состоит в изменении положения зубов, зубных рядов, расширении челюстей, а также в исправлении функции мягких тканей лица (ротовое дыхание, неправильное глотание), что улучшает рост челюстей ребёнка. Я понимаю, что любое лечение – вмешательство в биологический организм, и у каждого человека есть индивидуальные особенности. Также есть особенности роста детей и подростков. В связи с этим нет 100% гарантий результата медицинских манипуляций. Я понимаю, что даже при идеальном выполнении всех технических этапов и следовании рекомендациям врача речь не идёт о полном выздоровлении, поскольку лечение исправляет уже сложившуюся ситуацию, но не даёт полного биологического восстановления, как если бы челюсти изначально развивались правильно, а зубы росли идеально ровными.

### **3. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ**

Для ортодонтического лечения может использоваться:

- **несъемная внутриротовая ортодонтическая аппаратура** (брекеты, проволочные дуги и т.д.), заводского или индивидуального изготовления, которая крепится к зубам пациента;

- **съемная внутриротовая ортодонтическая аппаратура**, как индивидуально изготовленная (акриловая пластинка, расширяющий аппарат с винтом), так и заводского изготовления (в частности, аппараты систем Trainer и Myobrace);

- **внеротовая аппаратура**.

<sup>1</sup> Уважаемые родители, в силу ст. 63, 64 СК РФ, ст. 28 ГК РФ информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство не может быть подписано бабушкой, дедушкой, тетей и прочими родственниками, не являющимися законными представителями детей. Принимать решения относительно здоровья ребенка, не достигшего возраста 15 лет, могут только его законные представители либо лица, которым передано такое право (усыновитель, опекун, попечитель).

Ортодонтические аппараты механически воздействуют на челюстно-лицевой аппарат с определённой силой, вызывая перемещение и выравнивание зубов и расширение челюстей.

Миофункциональные аппараты устраняют вредные привычки, такие как ротовое дыхание, инфантильное глотание, нижнее положение языка, прокладывание языка между зубами, избыточное давление губ и щёк на зубные ряды. Благодаря этому улучшается челюстно-лицевое развитие ребёнка и зубные ряды выравниваются естественным образом.

Выбор аппарата осуществляется врачом. Врач может использовать различные виды аппаратов, указанные в плане лечения, разъяснив мне их назначение в понятной для меня форме.

Кроме аппаратов, могут применяться специальные упражнения, например, курс миофункциональных и дыхательных упражнений для улучшения функции мышц и исправления вредных привычек. Также врач может дать рекомендации по питанию, которые могут отличаться при миофункциональном лечении и лечении на брекет-системе.

Я понимаю, что миофункциональное лечение не всегда может заменить лечение на брекетах. Оно основано на другом принципе действия (воздействие на мягкие ткани, а не только на зубы), и может использоваться вместе с брекетами.

В ряде случаев (лечение, начатое в позднем сменном прикусе, сильно выраженная аномалия прикуса, несоблюдение рекомендаций врача) возможно, понадобится установка брекетов. Мне разъяснено, что для успешного ортодонтического лечения в ряде случаев требуется консультация и помощь других специалистов, например, отоларинголога, аллерголога для нормализации носового дыхания. Может потребоваться пластика уздечки языка или уздечки верхней губы для улучшения функции мягких тканей.

## **ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЯ**

### **Подготовка.**

Мне известно, что перед началом лечения рекомендуется пройти **общий осмотр стоматолога**, санацию полости рта и профессиональную чистку зубов. Врач, лечащий по методу миофункциональной ортодонтии, не несет ответственности за общее здоровье зубов пациента.

**Диагностика.** Перед началом лечения требуется пройти обычную процедуру ортодонтического осмотра и диагностики, включающую в себя фотоснимки, рентгенологические исследования (ТРГ, ОПТГ), снятие оттисков, изготовление моделей челюстей, видеозапись, заполнение анкет. По итогам диагностики врачом будет составлен план лечения. **Я даю согласие на снятие диагностических данных.**

**Лечение.** Лечение включает в себя подбор или изготовление аппаратов, фиксацию несъемных аппаратов или регулярное ношение съемных аппаратов по схеме, рекомендованной врачом. Я понимаю, что лечение может занимать от полугода до пяти лет, как правило – 1,5-2 года. На результаты лечения напрямую влияет то, как пациент выполняет рекомендации врача.

При лечении миофункциональным методом необходимо ежедневно носить аппарат и выполнять упражнения по схеме, рекомендованной врачом. **Я обязуюсь придерживаться режима ношения аппарата и выполнения упражнений, графика посещений клиники, рекомендаций по диете и гигиене полости рта.** Я понимаю, что нарушение рекомендаций может привести к отсутствию результатов, осложнениям, увеличению срока лечения, изменению плана лечения и увеличению его стоимости.

**Ретенция.** Мне разъяснено и понятно, что достигнутый результат ортодонтического лечения может быть не стабилен (согласно исследованиям, до 90% случаев), в связи с чем требуется довести лечение до конца и стабилизировать его результаты. В качестве ретенционного аппарата может быть использован съемный миофункциональный аппарат, либо проволочный ретейнер, который крепится с внутренней стороны зубов, либо иной съемный аппарат, по типу описанной выше ортодонтической техники. В этот период необходимы регулярные осмотры врача. Срок ретенционного периода определяет врач: от 1-2 лет, либо до полного формирования постоянного прикуса у ребёнка, либо пожизненно.

## **ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ПОСЛЕДСТВИЯ**

Мне были предложены альтернативные варианты лечения, и у меня была возможность выбора плана лечения. Я понимаю, что для детей главная альтернатива лечению – это отсутствие лечения, либо лечение в более позднем возрасте по другому плану. В некоторых случаях лечение проводится с использованием брекетов, удаления зубов и челюстно-лицевой хирургии. У взрослых также возможно отсутствие лечения, либо используется протезирование и имплантация зубов.

Я проинформирован о возможных последствиях в случае отказа от рекомендованного мне плана лечения, таких как усугубление челюстно-лицевых аномалий, развитие заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и дыхательных путей, появление головных болей, болей в области шеи, нарушение речи и внешнего вида лица.

## **УСЛОВИЯ**

Мне названы и со мной согласованы:

- Сроки лечения;
- Стоимость лечения;
- Методы, технологии и материалы, используемые для лечения.

Я понимаю, что в ходе лечения может возникнуть необходимость в дополнительном обследовании, уточнении диагноза, изменении сроков, стоимости и методов лечения.

#### 4. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Отсутствие санации полости рта, острые и хронические воспалительные заболевания зубочелюстной системы, психические и неврологические заболевания, аллергии, заболевания костной системы, болезни крови, патологии иммунной системы, тяжёлые эндокринные нарушения, злокачественные опухоли полости рта, СПИД и венерические заболевания.

#### 5. РИСКИ: ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И СИТУАЦИИ В ХОДЕ ЛЕЧЕНИЯ

При ношении брекетов возможны такие осложнения, как резорбция (растворение) корней зубов, ухудшение состояния эмали в результате плохой гигиены, очаговая деминерализация тканей зуба, травмы, вывих зуба, гингивит, гиперпластические изменения слизистой оболочки, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Возможна деформация и поломка ортодонтического аппарата, повреждение мягких тканей, болезненность, дискомфорт.

В процессе манипуляций в полости рта, анестезии, снятия диагностических данных возможно онемение языка, губ, нарушение функции глотания, жевания и речи.

Иногда при ношении миофункционального аппарата могут возникать следующие ситуации:

- повреждение, поломка аппарата, что связано с нарушением рекомендаций по ношению аппарата (ребёнок жуёт аппарат или ломает его руками), и это ведёт к замене аппарата за дополнительную плату;
- покраснение, раздражение мягких тканей. Возможная причина в том, что ребёнок присасывается аппарат, создавая во рту вакуум. Также возможно, в связи с продлением срока лечения, требуется аппарат другого размера. Может требоваться коррекция аппарата в связи с индивидуальными особенностями пациента. В любом случае, о дискомфорте необходимо сообщить врачу;
- чувствительность зубов. Это нормально и вызвано воздействием слабых сил для перемещения зубов;
- повышенное слюноотделение. Это нормально и является естественной реакцией организма на инородное тело;
- в случае сильно выраженной скученности зубов, сильной зубочелюстной аномалии, бруксизма возрастает риск преждевременного износа миофункционального аппарата.

#### 6. ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ОТКАЗА:

- проблемы с прикусом;
- эстетические проблемы;
- повышенные риски заболеваний десен и зубов;
- проблемы с артикуляцией и суставами челюсти.

Лучше всего проконсультироваться с ортодонтом, чтобы понять индивидуальные риски и последствия отказа от лечения в конкретном случае.

**7. АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ:** отказ от ортодонтического лечения.

**8. РЕКОМЕНДАЦИИ.** После завершения ортодонтического лечения важно следовать рекомендациям врача для поддержания результатов и обеспечения долгосрочной стабильности:

- носите ретейнеры, соблюдайте регулярные визиты к ортодонт;
- следите за гигиеной полости рта, избегайте пищи и привычек;
- которые могут повредить ретенционные устройства;
- используйте бережный режим жевания;
- сообщайте врачу о любых изменениях.

**9. Рентгенологическое исследование в стоматологии** – неинвазивный, высокодостоверный и быстрый метод визуализации зубочелюстной области (челюстно-лицевой области) и прилегающих структур, позволяющий в кратчайшие сроки получить информацию о текущей патологии, выявить скрытую патологию, спланировать и проконтролировать необходимое пациенту лечение.

- **конусно-лучевая компьютерная томография** - метод трехмерной послойной визуализации обеих челюстей, придаточных пазух носа и височно-нижнечелюстного сустава с высоким пространственным разрешением, необходимо при комплексной стоматологической реабилитации, а также некоторых состояниях в терапии, хирургии, пародонтологии, ортопедии, ортодонтии;

- **интраоральная рентгенография зубов** - цифровой снимок в области одного или нескольких рядом стоящих зубов и прилегающих структур в высоком разрешении.

**Противопоказания:** беременность; проведение рентгенологического обследования внутренних органов (желудка, кишечника и т.п.), позвоночника в течение одной недели до и после денальной КТ; отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний – менее чем за 6 месяцев до настоящего времени; работа, связанная с использованием источников ионизирующего излучения).

**Информация о лучевой нагрузке на пациента:** лучевая нагрузка при выполнении ортопантограммы, телерентгенограммы – 8-20 мкЗв (микрозиверт), компьютерной томограммы – 32мкЗв., радиовизиографии - 0,2-0,9 мкЗв. Максимальная лучевая нагрузка на пациента в год при профилактических исследованиях по данным Всемирной организации здравоохранения 1000 мкЗв в год. Верхний порог лучевой нагрузки при диагностических исследованиях, в том числе и для детей, не установлен.

**10. ГАРАНТИИ.** Любое лечение является вмешательством в биологический организм, реакция на которое может быть индивидуальной, кроме этого, существуют особенности роста детей и подростков. В связи с этим нет 100% гарантий результата медицинских манипуляций. Даже при идеальном выполнении всех технических этапов и

следовании рекомендациям врача речь не идет о полном выздоровлении, поскольку лечение исправляет уже сложившуюся ситуацию, но не дает полного биологического восстановления, как если бы челюсти изначально развивались правильно, а зубы росли идеально ровными.

**Полный пакет Положения о гарантиях находится на информационном стенде клиники ООО «ЦЕНТР-М».**

**Я понимаю, что все ортодонтические аппараты являются инородным телом в полости рта, к которому нужно привыкнуть. Если пациент не может приспособиться к ношению аппаратов надлежащего качества, денежные средства за них не будут возвращены, поскольку в этом нет вины клиники.**

**Мне разъяснено, что при возникновении болевых ощущений следует обратиться к врачу, поскольку они могут быть симптомом осложнений.**

**Я понимаю, что в процессе лечения и после его завершения требуется тщательно выполнять рекомендации врача.**

Я разрешаю сообщать информацию о моём лечении третьим лицам, оплачивающим лечение, или другому врачу — участнику консилиума или врачебной комиссии, а также персоналу клиники.

**Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты. У меня была возможность задать вопросы. Я добровольно и осознанно подтверждаю своё согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях и подтверждаю это своей подписью.**

Информацию предоставил (Врач) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Пациент (представитель пациента) дал согласие на ортодонтическое лечение**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Пациент (представитель пациента) отказался от ортодонтического лечения

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_