## ЛИСТ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО

**ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЪЕМНЫХ КОНСТРУКЦИЙ (ЭЛАЙНЕРОВ)**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина или его законного представителя. Данное **информированное добровольное согласие пациента (законного представителя пациента) на проведение ортодонтического лечения с применением съемных конструкций (элайнеров)** является Приложением к медицинской карте стоматологического больного

 .

*(указывается полностью Ф.И.О. пациента)*

Вам рекомендовано ортодонтическое лечение с применением съемных конструкций (элайнеров).

Данный метод поможет сохранить здоровые зубы, выровнять зубной ряд, а вашу улыбку сделать более привлекательной.

Ортодонтическое лечение с помощью элайнеров имеет свои преимущества и недостатки.

Это необходимо учесть перед тем, как согласиться на лечение.

Невидимые элайнеры, разработанные компанией-производителем, представляют собой комплект прозрачных съемных пластиковых капп, которые способны перемещать зубы на небольшие дистанции (приблизительно на 0,2 мм).

Высокоточная диагностика и современные компьютерные технологии позволяют создать комплект элайнеров, которые обеспечат необходимое смещение зубов. Изготовление элайнеров осуществляется после ознакомления пациента с планируемым результатом лечения и получения его/её согласия.

Сначала проводятся стандартные диагностические процедуры, включающие осмотр полости рта, рентгенографию, фотографию и снятие оттисков зубных рядов. Полученные диагностические материалы направляются в компанию, производящую элайнеры. На основе этих данных создаётся трехмерное компьютерное изображение зубных рядов и моделируется виртуальное перемещение зубов. Если пациент удовлетворен результатами компьютерного моделирования, то он/она даёт согласие на изготовление элайнеров. Количество элайнеров и продолжительность лечения зависят от особенностей каждого клинического случая. Все комплекты элайнеров нумеруются и выдаются пациенту доктором вместе с инструкцией по их применению. Элайнеры следует носить не менее 22 часов в сутки, снимая только на период принятия пищи и проведения индивидуальной гигиены полости рта. По назначению врача элайнеры заменяются каждые 2-3 недели. Как правило, контрольный осмотр проводится врачом каждые 7-8 недель, если нет иных рекомендаций врача.

Принимая во внимание, что ортодонтия является неточной наукой, а каждый пациент – индивидуален, лечащий врач и производитель элайнеров не могут дать и не дают 100% гарантий успешности лечения.

## ПРЕИМУЩЕСТВА ДАННОГО ЛЕЧЕНИЯ:

* Данный вид ортодонтического лечения является наиболее эстетичным.
* Данные ортодонтические аппараты абсолютно прозрачны и не видимы для окружающих.
* Пациент может увидеть результат лечения еще до его начала.
* Лечение позволяет поддерживать качественную гигиену полости рта в отличие от брекет-системы.
* Элайнеры не имеют металлической проволоки, которая применяется при обычных видах ортодонтического лечения.
* Сам факт лечения повышает у пациента мотивацию к поддержанию высокой культуры гигиены полости рта.
* Пациенты, проходящие курс лечения с помощью элайнеров, отмечают значительное улучшение состояния десны и зубов.

## РИСКИ И ПРОБЛЕМЫ

Как и любое ортодонтическое лечение, лечение с применением элайнеров может вызывать некоторый дискомфорт и возможные осложнения:

1. Невыполнение рекомендаций врача по количеству времени, необходимого для применения элайнеров, нерегулярное применение элайнеров, нерегулярное посещение врача, нетипичная форма зубов могут приводить к увеличению сроков ортодонтического лечения, а также оказывать влияние на конечный результат.
2. При смене элайнеров в течение первых суток пациент может ощущать давление на зубы.
3. При ношении элайнеров может быть временное раздражение слизистой оболочки десны, щек и губ.
4. По окончании лечения зубы могут занять первоначальное положение. Дисциплинированное применение элайнеров на этапе стабилизации положения зубов поможет устранить эту проблему.
5. Кариес, воспалительные заболевания пародонта, очаги деминерализации эмали зубов могут возникать, если пациент использует пищу или напитки с повышенным содержанием сахара. Данные патологические явления могут развиться и при несоблюдении пациентом правил и режима индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта.
6. Наличие элайнеров в полости рта может временно влиять на речь, возможно появление нечеткости при произношении отдельных звуков. В большинстве случаев любые нарушения речи проходят сами по себе в течение первых двух недель.
7. В первое время наличие элайнеров в полости рта может вызывать повышенное выделение слюны или, наоборот, ощущение сухости во рту. Специальные препараты, назначаемые лечащим врачом, помогут облегчить данное состояние.
8. При данном ортодонтическом лечении могут применяться аттачменты или специальные крепления на зубах.
9. В отдельных случаях в период ортодонтического лечения необходимо сошлифовывать боковые поверхности зубов для увеличения пространства между ними и создания дополнительного места для других зубов.

10.Общие соматические заболевания и применяемые медикаменты могут влиять на результат ортодонтического лечения.

11.Ортодонтическое лечение может воздействовать на состояние костной ткани челюстей и состояние слизистой оболочки полости рта.

12.В некоторых случаях перед началом ортодонтического лечения с применением элайнеров врач может предложить хирургическое лечение. Если рассматривается вопрос о хирургическом лечении, то особенности данного комбинированного лечения, его риск и осложнения обсуждаются совместно с врачом-хирургом.

13.При ортодонтическом лечении возможно обострение хронических воспалительных процессов в окружающих зубы тканях, связанных с перенесенной инфекцией или травмой. Данные патологические состояния могут потребовать применения дополнительных методов лечения (эндодонтического или хирургического В отдельных случаях может потребоваться удаление повреждённых зубов.

14.Во время ортодонтического лечения с применением элайнеров имеющиеся в полости рта искусственные протезы и другие реставрации (коронки, вкладки) могут быть повреждены. В связи с чем их необходимо будет повторно закрепить или заменить.

15.Небольшие размеры коронковой части зубов могут значительно затруднять перемещение зубов и фиксацию элайнеров.

16.В отдельных случаях в результате ортодонтического лечения может уменьшиться длина корней зубов.

17.Отсутствие нескольких зубов может приводить к частым поломкам элайнеров.

18.Отколовшиеся элементы и части ортодонтических аппаратов могут попасть в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт.

19.В редких случаях у пациента могут возникать проблемы, связанные с функцией височно- нижнечелюстного сустава, а именно: боль в суставах, головная боль или боль в области ушных раковин.

20.В отдельных случаях у пациента может возникнуть аллергическая реакция на материал элайнера. 21.Зубы, которые частично не покрыты элайнером, могут выдаваться из зубной дуги.

# СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА:

Я прочитал(а) и понял(а) информацию, содержащуюся в информационном листке и иных представленных мне для ознакомления документах, в которых отражены основные сведения, полученные во время информационной консультации.

Во время консультации у меня была возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, например, о специфических рисках, возможных осложнениях и альтернативных методах лечения. Лечащий врач дал полные и исчерпывающие ответы на мои вопросы.

Я проинформирован(а) о том, что я могу отозвать свое согласие на данную процедуру в любое время до начала лечения.

Мне было предоставлено достаточно времени для принятия решения; мне больше не требуется дополнительное время для обдумывания решения.

Я также проинформирован(а) о необходимости регулярно посещать стоматолога и делать профессиональную чистку зубов (минимум два раза в год, желательно три раза в год).

**Настоящим я даю согласие на проведение подготовительных этапов, а так же и на проведение самого ортодонтического лечения.**

**Я даю согласие на изготовление оттисков, диагностических моделей,** **фотосъемку, и проведение рентгенологического контроля, которые будут выполнены для постановки диагноза, лечения, фиксации результатов медицинского вмешательства, а также для улучшения контроля качества лечения и обеспечения полной медицинской информации обо мне.**

Я даю разрешение своему лечащему врачу передавать другим организациям, участвующим в моем лечении, данные моей амбулаторной карты, включая рентгенограммы, медицинскую документацию, фотографии, гипсовые модели, оттиски зубных рядов, технический заказ, результаты диагностических тестов, финансовую документацию и др.

Документация, которая находится у моего лечащего врача, может быть использована в лечебных, образовательных и исследовательских целях.

Я осознаю, что использование данных моей амбулаторной карты может привести к разглашению моей индивидуальной медицинской информации. Я даю свое разрешение на это.

Ни я, ни мои ближайшие родственники, ни люди, представляющие мои интересы, не будут предъявлять финансовые или юридические претензии в отношении того, что перечислено в данном документе. Ксерокопия этого документа имеет такую же юридическую силу, как и оригинал.

Я полностью ознакомился/ознакомилась с настоящим документом, мне все понятно, и я согласен со всеми положениями данного документа, что подтверждаю своей подписью:

Пациент

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись пациента, Ф.И.О.)*

Врач

­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­

 *(подпись лечащего врача, Ф.И.О.)*

 М.П

Дата « » 201 г.

# СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ИЗГОТОВЛЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ:

**Я**

*(указывается полностью Ф.И.О. пациента)*

# был(а) ознакомлен(а) с виртуальным результатом ортодонтического лечения с применением съемных ортодонтических конструкций, обсудила с доктором результат лечения и даю согласие на изготовление ортодонтических конструкций.

Пациент

*(подпись пациента, Ф.И.О.)*

Дата «\_ » 202 г.