## ЛИСТ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО

**ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЪЕМНЫХ И/ИЛИ ФИКСИРОВАННЫХ АППАРАТОВ**

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 и/или фиксированных аппаратов** является Приложением к медицинской карте стоматологического больного

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

*в случае несовершеннолетнего пациента еще и Ф.И.О. его законного представителя)*

ЦЕЛЬЮ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НОРМАЛИЗАЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО И ЭСТЕТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОГО АППАРАТА, ПОЛУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО И МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ОПТИМУМА ЗУБОЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ СИСТЕМЫ, А НЕ ИДЕАЛА. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ, НЕЗНАЧИТЕЛЬНО ВЛИЯЮЩИЕ НА ВНЕШНИЙ ВИД, СЛЕДУЕТ РАССМАТРИВАТЬ КАК ИНДИВИДУАЛЬНУЮ НОРМУ И КАК ПРИЕМЛЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ.

Вам рекомендовано ортодонтическое лечение с применением съемного и/или фиксированного аппарата

*(указывается тип аппарата)*

(далее «аппарат»). Данный метод поможет сохранить здоровые зубы, выровнять и нормализовать смыкание зубных рядов, а вашу улыбку сделать более привлекательной.

Ортодонтическое лечение с помощью аппаратов имеет свои преимущества и недостатки. Это необходимо учесть перед тем, как согласиться на лечение.

Перед началом ортодонтического лечения проводятся диагностические мероприятия, включающие осмотр полости рта, рентгенологическое обследование (ортопантомограмма и телерентгенограмма головы в боковой проекции), фотографии (внеротовые и внутриротовые) и снятие оттисков зубных рядов, в том числе сдается ряд лабораторных анализов.

В ряде случаев стоматолог-ортодонт назначает санацию полости рта на этапе лечения (кариес, пульпит, гингивит, пародонтит и т.д.), а также гигиенические и профилактические мероприятия (чистка зубных отложений, фторирование зубов и т.д.), которые проводятся соответствующими специалистами.

В некоторых случаях для успешного проведения ортодонтического лечения требуется хирургическое вмешательство: удаление зубов, пластика уздечек языка и губ, обнажение ретинированного зуба, углубление преддверия полости рта и т.д.

Как и любое медицинское лечение, ортодонтическое лечение с применением аппаратов может вызывать некоторый **дискомфорт и осложнения:**

*Наиболее часто встречающиеся риски:*

* Небольшие болевые ощущения, дискомфорт после установки аппарата.
* При ношении аппарата может возникать временное раздражение слизистой оболочки десны, щек и губ.
* Кариес, воспалительные заболевания пародонта, очаги деминерализации эмали зубов могут появиться, если пациент употребляет пищу или напитки с повышенным содержанием сахара. Данные патологические явления могут развиться также при несоблюдении пациентом правил и режима индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта.
* Наличие аппарата в полости рта может приводить к временным дефектам речи, а именно к трудностям с четким произнесением отдельных звуков. В большинстве случаев любые нарушения речи сам исчезают в течение первого месяца ношения аппарата, в отдельных случаях, в зависимости от индивидуальных особенностей организма пациента, данные симптомы могут сохраняться на протяжении всего периода лечения.
* В первое время наличие аппарата в полости рта может вызывать повышенное выделение слюны или, наоборот, ощущение сухости во рту. Специальные препараты, назначаемые лечащим врачом, помогут облегчить данное состояние.
* Невыполнение рекомендаций врача во время лечения, нерегулярное посещение врача, скелетные аномалии прикуса могут стать причиной увеличения сроков ортодонтического лечения и повлиять на конечный результат лечения.

*Иногда встречающиеся риски:*

* В отдельных случаях в период ортодонтического лечения необходимо сошлифовывать боковые поверхности зубов для увеличения пространства между ними и создания дополнительного места для других зубов.
* Общие соматические заболевания и применяемые медикаменты могут влиять на результат ортодонтического лечения.
* Ортодонтическое лечение может воздействовать на состояние костной ткани челюстей и состояние слизистой оболочки полости рта.
* В некоторых случаях перед началом ортодонтического лечения врач может предложить хирургическое лечение. Если рассматривается вопрос о хирургическом лечении, то особенности такого комбинированного лечения, возможные риски и осложнения обсуждаются совместно с врачом-хирургом.
* 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.
* Во время ортодонтического лечения 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.
* В некоторых случаях фиксированный аппарат может отклеиться.

*Редко встречающиеся риски:*

* Могут возникать проблемы, связанные с функцией височно-нижнечелюстного сустава, которые могут проявляться в виде боли в суставах, головной боли или боли в области ушных раковин.
* Может проявиться аллергическая реакция на материал, из которого изготовлен аппарат.

# В ходе ортодонтического лечения с применением аппарата следует проявлять особую осторожность при приеме пищи, а именно:

* 1. Не рекомендуется употреблять жесткую пищу (орехи, сухари), так как повышается риск сколов ортодонтических конструкций и, следовательно, вероятность увеличения сроков лечения.
	2. Необходимо соблюдать осторожность при употреблении волокнистых овощей и фруктов (манго, ананас, тыква) из-за возможного «обматывания» волокон вокруг частей ортодонтических конструкций, т.к. вычистить их самостоятельно бывает довольно трудно, придется обратиться за помощью к врачу.
	3. Не рекомендуется употреблять пищу контрастных температур - очень горячую и очень холодную пищу (например, горячий кофе с мороженым). Резкий перепад температур вызывает напряжение в материале, что может привести к отклеиванию аппарата.

 **Для достижения положительного результата лечения необходимо соблюдать следующие**

 **рекомендации:**

 Не забудьте проинформировать нас о своей истории болезни и имеющейся аллергической реакции. Настоящим Вы информируете нас о следующих своих заболеваниях и аллергических реакциях:

 Не забудьте проинформировать нас о возможных наследственных заболеваниях, перенесенных инфекционных заболеваниях, травмах, наличие хронических заболеваний и иных особенностях своего физического и психологического состояния организма:

 В случае расцементировки аппарата, появления дискомфорта, боли или каких-либо вопросов незамедлительно обратитесь к Вашему лечащему врачу.

 Обязательным условием сохранения результатов данного лечения является строгое соблюдение правил ежедневной гигиены полости рта с применением средств и методов, предписанных стоматологом-ортодонтом, и регулярное, не реже двух раз в год (если не оговорены другие сроки) посещение врача-гигиениста стоматологического для проведения процедуры профессиональной гигиены полости рта.

 Обязательным условием является консультация врача-стоматолога-пародонтолога перед установкой аппарата, при необходимости - на этапе ортодонтического лечения, а также после снятия аппарата.

 Обязательным условием является проведение профессиональной гигиены полости рта перед установкой аппарата.

 Изменение привычного режима и рациона питания, а именно, придерживаться особых правил питания, исключающих возможность механического и термического повреждения аппаратуры. Зубы не должны подвергаться избыточной нагрузке, поэтому не рекомендуется жевать кости, откусывать твёрдые вещества, открывать зубами крышки бутылок и т.д.

 Нарушение пациентом режима посещения врача-ортодонта (график утверждает врач- ортодонт) может способствовать существенному увеличению сроков лечения, возникновению осложнений, которые будут требовать коррекции.

**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 также 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.**

Принимая во внимание, что каждый пациент – индивидуален, лечащий врач не может дать и не даёт 100% гарантий успешности лечения.

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.

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

**Врач**

***(подпись пациента, либо законного представителя, Ф.И.О.)***

***(подпись лечащего врача, Ф.И.О.)***

**М.П.**

**Дата «** **»** **202 г.**