

*При обращении пациента, не достигшего возраста 15 (пятнадцати) лет, медицинское вмешательство осуществляется только с согласия одного из его родителей (иного законного представителя).

Информированное добровольное согласие на ортодонтическое лечение с помощью брекет-системы

1. Я проинформирован(на) врачом-ортодонтом

(Ф.И.О. медицинского работника)

о показаниях к проведению мне/ лицу, в интересах которого дается ИДС *(нужное подчеркнуть)*

(ФИО и год рождения лица, в интересах которого дается ИДС)

ортодонтического лечения с помощью брекет-системы и получил(-ла) необходимые разъяснения по поводу диагноза.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

- 2.1. Брекет-система является самой распространенной технологией ортодонтического лечения, которая позволяет нормализовать положение зубов и скорректировать неправильный прикус практически любой сложности.
- 2.2. Ортодонтическое лечение может способствовать сохранению здоровья зубов и созданию красивой улыбки, тем не менее, оно имеет ограничения и потенциальные риски, которые необходимо учитывать перед принятием решения о начале лечения. Многие из них могут возникнуть и без лечения, но при использовании ортодонтических устройств риск их возникновения и развития выше.

3. Мне известно, что существуют предсказуемые факторы, которые могут повлиять на исход ортодонтического лечения:

3.1. Выполнение всех назначений и рекомендаций врача, регулярность осмотров.

Невыполнение рекомендаций и назначений, пропуски посещений (осмотров) могут не только удлинить время лечения, но и негативно сказаться на окончательном результате.

3.2. Уход за аппаратурой, гигиена полости рта и соблюдение режима питания.

Плохая гигиена полости рта во время ношения аппаратуры, употребление пищи со значительным содержанием сахара увеличивает риск развития кариеса, пародонтита и декальцификации зубов (возникновения белых точек).

3.3. Ношение эластичной тяги (силы, которые прикладываются к зубам для того, чтобы переместить их в правильное положение). Продолжительность и аккуратность их ношения влияет на результат лечения. Четко следуйте рекомендациям врача-ортодонта.

4. Мне так же известны непредсказуемые факторы, которые могут повлиять на исход ортодонтического лечения:

4.1. Вредные привычки.

Сосание пальца, прикусывание губы, прокладывание языка между зубами во время глотания и другие вредные привычки являются причиной формирования большинства зубочелюстных аномалий. Сотрудничество с врачом, желание избавиться от вредной привычки и выполнение всех рекомендаций врача-ортодонта служат залогом успешного лечения. В противном случае, вредные привычки могут препятствовать движению зубов в правильное положение или вызвать возвращение зубов в прежнее положение после снятия брекет-системы.

4.2. Генетически обусловленная модель роста лицевого скелета.

Необычная форма лицевого скелета, недостаточный или избыточный рост лица могут повлиять на результаты лечения и вызвать перемещение зубов после снятия аппаратуры. В таких ситуациях может быть рекомендована помощь челюстно-лицевого хирурга.

4.3. Перемещение зубов после окончания лечения.

Зубы имеют тенденцию смещаться как после окончания лечения, так и после периода ретенции (период, связанный с необходимостью укрепить зубы в новом для них положении). Наиболее частыми примерами являются повороты и скученность нижних передних зубов или возникновение незначительной щели между зубами на стороне удаления или между верхними центральными резцами. Для стабилизации достигнутого результата необходимо более длительное ношение несъемных и (или) съемных ретейнеров (иногда пожизненное), о чем Вас обязательно уведомят врач-ортодонт.

4.4. Проблемы в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), благодаря которому движется нижняя челюсть, проявляющиеся болями в области самого сустава, головными болями и (или) затруднением при жевании до, во время или после ортодонтического лечения. Подобное состояние может быть вызвано неправильным положением зубов, прикуса или бессимптомно существовавших до начала лечения нарушений ВНЧС. Для улучшения ситуации в суставе врачом может быть рекомендовано избирательное шлифование (сглаживание или изменение формы зуба) или другое специальное лечение.

4.5. Ретенционные (непрорезавшиеся, неспособные прорезаться самостоятельно) зубы.

Иногда выдвинуть ретенционный зуб не представляется возможным в связи со строением корня зуба или костной ткани вокруг него. Так же при выдвижении иногда возникают факторы, которые могут привести к подвижности таких зубов, частичному возврату в их исходное положение или даже к потере.

4.6. Рассасывание корней.

Во время ортодонтического лечения, когда зубы перемещаются, происходит уменьшение длины корней (рассасывание). Незначительное уменьшение длины корней зубов обычно не дает оснований для беспокойства. Значительное рассасывание корней может ухудшить долгосрочный прогноз, увеличивая возможность преждевременной потери зуба. К подобному состоянию могут привести травмы, нарушения прорезывания, эндокринные заболевания, наследственная предрасположенность некоторых пациентов к таким проявлениям.

4.7. Неживые или «мертвые» зубы.

Состояние ранее травмированного (поврежденного ударом или мертвого по другой причине) зуба по прошествии какого-то периода времени может естественным образом ухудшиться вне связи с ортодонтическим лечением. Зуб становится более хрупким, может измениться в цвете. В таком случае потребуется дополнительное эндодонтическое (лечение корневых каналов) или ортопедическое восстановление (протезирование).

4.8. Заболевания десен.

Воспаление десен может начаться как до начала лечения, так и развиться во время него. Во время лечения воспалительный процесс может усилиться, приводя к потере костной ткани вокруг зубов. Качественная чистка зубов в домашних условиях и регулярное проведение комплекса профилактических процедур врачом помогут держать ситуацию под контролем.

4.9. Необычные происшествия.

Проглатывание аппаратуры, сколы зубов, микротрещины, смещение реставрации.

5. Я предупрежден(на), что:

- ортодонтический аппарат может натирать или царапать слизистую губ и щек в течение первых 2–3 недель после начала лечения;
- для достижения желаемого результата может потребоваться удаление отдельных зубов, протезирование, замена пломб до и/или после ортодонтического лечения;
- активацию съемных аппаратов и несъемной техники необходимо производить строго в сроки, указанные лечащим врачом;
- для закрепления результата лечения необходимо носить ретенционный аппарат, в противном случае может развиться рецидив аномалии прикуса.

6. Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе ортодонтического лечения, ориентировочные сроки проведения лечения и его стоимость.

7. Мне была предоставлена возможность предварительно ознакомиться с Положением об установлении гарантийных сроков и сроков службы на результат оказания стоматологических услуг в ООО «Ортодонтический центр «Барракуда». **Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.**

Я согласен(-на), что никто не может предсказать точный результат ортодонтического лечения по причине уникальности организма каждого и исполнительности самого пациента, играющей определяющую роль в достижении и сохранении результата, при этом **мне безусловно гарантировано:**

- точность диагностики;
- выбор оптимальной аппаратуры для исправления прикуса;
- улучшение эстетики и функций зубочелюстной системы;
- сохранность эмали зубов после снятия брекет-системы.

8. Я понимаю, что:

- для постановки точного диагноза и проведения эффективного лечения может потребоваться дополнительное обследование и рентгенологический контроль качества лечения; консультация врачей-стоматологов иного профиля; консультация врача общего медицинского профиля;
- условием эффективного лечения является выполнение мною плана лечения, плана индивидуальных профилактических мероприятий и соблюдение всех рекомендаций и назначений врача;
- значительные результаты лечения могут быть достигнуты только в тесном сотрудничестве пациента с врачом, увеличение сроков лечения и/или компромиссные результаты лечения могут быть следствием слабого сотрудничества;

9. Я удостоверяю своей подписью, что

- мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении: о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а так же о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;
- **я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.**

10. Я так же даю согласие на использование врачом моих/ лица, в интересах которого дается ИДС фото- и рентгеновских снимков в научных публикациях, для демонстрации работ (лекции, интернет) без указания персональных сведений, а так же при решении спорных вопросов в судебном порядке.

Подпись врача:

Подпись пациента:

Подпись законного представителя:

_____ / _____

_____ / _____

_____ / _____

(Фамилия Имя Отчество)

(Фамилия Имя Отчество)

(Фамилия Имя Отчество)

Дата _____