

**Інформована добровільна згода
на проведення медичного стоматологічного втручання
/виправлення недоліків зубного ряду/**

Я, _____, _____ року народження, цим документом підтверджую факт надання усвідомленої згоди на проведення **ортодонтичного лікування** (виправлення недоліків зубного ряду за допомогою ортодонтичних апаратів та/або брекет-системи) в Амбулаторії **ГТОВ «УСМІШКА» ЛТД**.

Своїм власним підписом я підтверджую, що у повністю зрозумілому та доступному вигляді мені була надана інформація стосовно стану мого здоров'я, поставленого діагнозу, можливого прогнозу, ризиків і ускладнень лікування, а також найбільш ефективних для мене методів лікування.

Мені була надана можливість поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні та зрозумілі для мене відповіді. Після консультації я мав (-ла) достатньо часу і можливостей все обміркувати та порадитися з іншими особами (близькими та родичами, спеціалістами тощо). У мене немає недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації і намірів лікарів та інших медичних працівників Амбулаторії, де я буду проходити стоматологічне лікування.

Я розумію, що метою лікування є можлива корекція положення зубів в зубних рядах, характеру їх змикання (прикусу) і пов'язаного з усім цим зовнішнього вигляду в цілому. Лікар пояснив мені, що в разі відмови від запропонованого лікування, стоматологічне здоров'я буде погіршуватися. Це може спричинити виникнення нижченаведених (а можливо – і не тільки) факторів ризику для здоров'я:

- карієс;
- ураження опорного апарату зубів (пародонту), що виявляється запаленням навкол зубних тканин, наявністю гною, припухлостями, болями, інфекцією, появою абсцесу, формуванням кіст, рухливістю зубів і їх подальшою втратою, проявом проміжків між зубами (порушення зовнішнього вигляду);
- порушення оклюзії (змикання зубів), пов'язане з цим погіршення функції зубних рядів, передчасна втрата зубів та/або кісткової тканини;
- порушення в діяльності жувальних м'язів;
- ураження скронево-нижньощелепних суглобів з порушенням їх функції і можливо больовим синдромом;
- порушення носового дихання, мови і мого зовнішнього вигляду в цілому.

Мене поінформували про всі можливі альтернативні методи лікування.

Мене поінформували про те, що:

1. Виконання активного періоду лікування проводиться тільки після санації порожнини рота. Обсяг рентгенологічного обстеження визначається лікарем. У деяких випадках за ортодонтичними показами необхідні хірургічні втручання: видалення зубів, пластика вуздечок губ і язика, хірургічне оголення ретинованого зуба, поглиблення присінка порожнини рота, видалення зубів «мудрості».

2. На етапі початку лікування неможливо з точністю визначити строки лікування. Це залежить від тяжкості патології та будови кісткової тканини, охайного носіння апарата, регулярного відвідування лікаря для корекції апарата. При виникненні непередбаченої ситуації (хвороба, поломка апарата, відклеювання брекета) термін лікування подовжується.

3. Ортодонтичне лікування складається з 3-х етапів різних за часом:

- ✓ **апаратурне (активне) лікування** (1-3 роки – лікування на брекет-системі, 0,5-2 роки – лікування знімними ортодонтичними апаратами);

- ✓ **закріплюючий (ретенційний) період**, який дорівнює за часом періоду лікування. У цей період виготовляється ретенційний апарат.
- ✓ **диспансерне спостереження**, під час якого пацієнту може знадобитися додаткове апаратурне лікування залежно від того, як будуть прорізуватися зуби, що залишилися. Якщо виправлення прикусу відбувалося в дорослому віці, диспансерне спостереження необхідне протягом 5 років. Після закінчення ортодонтичного лікування необхідно виконувати всі рекомендації лікаря, щоб запобігти рецидиву.

4. Якщо в процесі лікування виникне необхідність застосування додаткового апаратурного лікування, то додаткова апаратура і роботи оплачуються окремо згідно з прейскурантом на момент надання послуги.

5. Наявні шкідливі звички і недостатні навички гігієнічного догляду за порожниною рота є обтяжуючими факторами в подальшому розвитку стоматологічного захворювання і відмова від шкідливих звичок і нормалізації гігієни порожнини рота необхідні для досягнення позитивного результату лікування. Я даю згоду ретельно і скрупульозно виконувати рекомендації лікаря в процесі проведеного ним лікування, розуміючи, що невідповідне їх виконання загрожує принаймні погіршенням можливого результату. При недотриманні правил гігієни порожнини рота можливий розвиток запальних вогнищ інфекції в зонах контакту ортодонтичної апаратури з емаллю зуба і м'якими тканинами порожнини рота (карієс, пігментація емалі, пародонтит, гінгівіт). При погіршенні гігієни порожнини рота зобов'язуюсь проходити професійну гігієну порожнини рота 1 раз в 4 місяці, а також проходити процедуру ремінералізуючої терапії для зміцнення емалі зубів. Я погоджуюсь з тим, що лікар залишає за собою право прийняття рішення про зняття ортодонтичної апаратури на будь-якому етапі лікування при поганій гігієні порожнини рота. Також я погоджуюсь з тим, що відповідальність за несприятливий результат лікування в разі невиконання/неповного виконання рекомендацій лікаря лягає на мене.

6. Ортодонтичний апарат – це чужорідне тіло в порожнині рота. Звикання до знімної ортодонтичної конструкції вимагає великого терпіння і часу, в середньому це триває 1,5-2 місяці. Звикання до незнімної ортодонтичної техніки відбувається протягом 10-14 днів. У цей час можуть виникати больові відчуття в області верхньої і нижньої щелепи при пережовуванні і відкушуванні їжі, натирання слизової оболонки губи і щоки. Після періоду адаптації всі неприємні відчуття проходять.

7. При лікуванні із застосуванням ортодонтичної апаратури можливі загострення захворювань пародонту (гінгівіт, пародонтит, пародонтоз), обумовлені прихованими вогнищами інфекції, незадовільним ендодонтичним лікуванням. В цьому випадку я даю згоду проводити комплексне лікування.

8. **Лікування знімним ортодонтичним апаратом.** У перші дні після установки пластинки можливо посилене слиновиділення, яке проходить через 1-2 дні. У перший день носіння пластинки можуть виникнути невеликі больові відчуття в області деяких зубів. Це тимчасове явище, яке проходить через кілька годин. Можлива зміна мови після встановлення пластинки. У дітей, які активно розмовляють, дикція відновлюється через 2-3 дні. У ті моменти, коли необхідно зняти пластинку, потрібно стежити за тим, щоб вона перебувала в захисному контейнері, інакше її легко пошкодити або зламати. Перелом, тріщина в пластмасових деталях ортодонтичного апарата або в його металевих частинах, приварювання нових елементів оплачуються окремо. За будь-яким знімним апаратом, як і за зубами, потрібен ретельний догляд. Чистити пластинку необхідно 2 рази на добу зубною щіткою. Один раз в тиждень знімні пластинки необхідно класти в стакан води, в якому розчинюється таблетка для очищення повних знімних протезів, щоб зняти залишки твердих зубних відкладень, що утворюються на пластмасі. Якщо краї пластинки дряпають слизову

язика або щоки, то в цьому випадку необхідно підійти до лікаря для корекції цих гострих країв. Необхідно записатися на прийом як можна швидше. Але дуже важливо одягнути пластинку за кілька годин до приходу до лікаря, щоб лікар бачив те місце, де пластинка натирає слизову рота. Лікування на знімних апаратах є лише першим етапом ортодонтичного лікування, і для отримання правильних оклюзійних контактів (змикання зубів) і гармонійної посмішки, навіть при ідеальному проведеному лікуванні, може знадобитися другий етап – брекет-система.

9. Лікування незнімним ортодонтичним апаратом. Основою лікування брекет-системою є брекети, встановлені з зовнішньої або внутрішньої поверхні зубів і дуги різного розміру і пружних властивостей. Брекети фіксуються спеціальним ортодонтичним клеєм чи фотополімером, на кожен зуб встановлюється дуга і з цього моменту починається лікування. Лікар контролює хід лікування, проводячи періодичні огляди, і при необхідності проводить зміну дуг і силових елементів та/або встановлює додаткові елементи. Ортодонтичне лікування може бути пов'язано з дискомфортом, особливо на початку лікування. У період адаптації можливе подразнення слизової оболонки порожнини рота, болючість зубів, порушення дикції, утруднений прийом їжі. Під час лікування незнімною ортодонтичною апаратурою необхідно дотримуватися правил прийому їжі: відмовитися від жорсткої їжі, такої як горішки, сухарики, вишні з кісточками, курячі крильця тощо, нічого не відкушувати, всю їжу різати ножом або відламувати. При недотриманні правил прийому їжі складові частини брекет-системи, такі як брекети, кільця, замки тощо, можуть відклеюватися і ламатися. Це може привести до подовження термінів лікування і його подорожчання. Відразу після зняття брекет-системи в порожнину рота обов'язково встановлюється ретенційний апарат. Це пов'язано з можливим рецидивом ортодонтичної патології, що обумовлено особливостями зубощелепної системи, непрорізаних зубів «мудрості», характеру росту організму, станом пародонту, функціонування м'язів губ, язика тощо. При появі будь-яких скарг чи сумнівів необхідно звернутися до лікаря для нормалізації становища зубів.

10. Лікування ортодонтичними мікроімплантатами. Ортодонтичні мікроімплантати – це мікрогвинти, виготовлені з чистого титану або його сплаву. Завдяки своєму складу вони повністю біосумісні з тканиною організму людини. У випадках, коли зубів як точок опори, що сприяють переміщенню зубів, недостатньо, використовуються додаткові пристосування – мікроімплантати, за допомогою яких утворюється ще одна точка опори для переміщення зубів. Система мікроімплантатів встановлюється в кісткову тканину верхньої або нижньої щелепи та служить в якості додаткових точок опори. Після установки мікрогвинта його голівка виступає над поверхнею ясен, до яких кріпляться різні ортодонтичні пристосування (еластична тяга, ланцюжки, пружини), завдяки чому і відбуваються переміщення. Залежно від клінічного випадку, мікроімплантати використовуються або самостійно, або як додаток до брекет-системи. Після закінчення курсу лікування мікроімплантати видаляються. Використання мікроімплантатів має ряд переваг: розширює можливості ортодонтичного переміщення зубів у випадках надмірної скупченості, в'ялоподібної розбіжності зубів, при патологіях прикусу, інтрузії (часткове або повне занурення коронки зуба в альвеолярний паросток, а кореня – в кістку щелепи) або екструзії (часткове витягання з кісткової лунки) зубів; скорочує терміни лікування, дає можливість отримувати передбачувані високоестетичні результати лікування.

11. Мені зрозуміло, що ортодонтичне лікування неможливе у зв'язку із анкілозом зуба (-ів) (захворювання, внаслідок якого зуби зростаються з щелепою), при якому відсутня можливість зуба рухатись. В цьому випадку я даю згоду на коригування плану лікування.

Мені зрозуміло, що після проведеного ортодонтичного лікування можуть виникнути наступні ускладнення:

1. Рецесія ясен (оголення частини кореня зуба).

2. Резорбція кореня (скорочення довжини кореня зуба).
3. Відрив судинно-нервового пучка на верхівці кореня.
4. Часткове зменшення кістки в ділянці окремих зубів.
5. Вихід коренів зубів з кістки.
6. Больові відчуття.
7. Рухомість зубів.
8. Порушення емалі в результаті поганої гігієни порожнини рота

Якщо в процесі ортодонтичного лікування виникнуть непередбачені обставини, що вимагають від лікаря прийняття рішення або проведення додаткових маніпуляцій, я прошу і уповноважую лікаря зробити те, що він вважатиме за необхідне в такій ситуації.

Я знаю та розумію, що практична стоматологія не є точною наукою і що не може бути 100% гарантії на результат лікування навіть при ідеальному виконанні всіх його клінічних і технологічних етапів. Розуміючи суть запропонованого лікування й унікальність власного організму, я згоден (-на) з тим, що ніхто не може передбачити точний результат запланованого лікування.

Я інформований (-на) про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків. Я проінформував (-ла) лікуючого лікаря, про усі випадки алергії до медикаментозних препаратів у минулому, про алергічні прояви (їх відсутність) в цей час.

Я розумію, що у зв'язку із тривалістю ортодонтичного лікування мій лікуючий лікар може бути змінений. В цьому випадку я висловлюю свою довіру керівництву Медичного закладу і заздалегідь даю свою згоду на заміну лікуючого лікаря, якщо це не погіршить результат лікування.

Персонал Медичного закладу залишає за собою право відмовитися від подальшого лікування пацієнта у зв'язку з хамством, грубістю, проявами неповаги, відмови оплачувати борг, невиконання рекомендацій лікаря, пропуск візитів лікаря без поважних причин.

Текст цього документу мною прочитано та своїм підписом я підтверджую, що повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено. Я розумію, що ця згода є юридичним документом і тягне для мене правові наслідки.

Цей документ є невід'ємною частиною медичної карти стоматологічного хворого.

Підпис пацієнта _____ / _____ /
(підпис) (П.І.Б.)

Лікуючий лікар _____ / _____ /
(підпис) (П.І.Б.)

« ___ » _____ 20__ р.