Стоматологическая клиника ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России

Приложение к медицинской карте № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_ г.

Информационное согласие на проведение ортопедического медицинского вмешательства

Я, обращаюсь в Стоматологическая клиника ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России для проведения ортопедического лечения дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей. Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым планом протезирования и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного протезирования, поставив свою подпись в конце документа.

Доктор поставил мне следующий диагноз:

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

и обосновал необходимость проведения ортопедического лечения. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом протезирования.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа, рецидивы деструктивных процессов в зубах и тканях челюсти). Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть: прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости, перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Доктор понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки работы. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки ортопедической конструкции.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у доктора и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с доктором и записанному в истории болезни). Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии. Я проинформировал доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также обо всех моих заболеваниях, случавшихся у меня в течение ближайших двух лет и имеющихся в настоящее время.

Понимая сущность предложенного протезирования и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом, т.к. представления пациентов о протезировании, как правило, не совпадают с реальной действительностью. Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Мне были объяснены все возможные исходы протезирования, а также альтернативные варианты. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы.

Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого врача или ассистента, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана протезирования в процессе выполнения работ.

Меня уведомили, что Стоматологическая клиника ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России и ее персонал не несет ответственности за качество предоставляемых услуг в следующих случаях:

1. Предоставления услуг по требованию пациента, расходящихся с предложенным врачом

планом протезирования, о чем делается соответствующая запись в истории болезни.

1. Возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее, в том числе аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов в том числе металлических, металлоакриловых, металлокерамических («гальванизм») и других конструкций, разрешенных к применению.
2. Осложнений, возникающих по причине неявки пациентов срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций.
3. Переделок и исправлений работ в другом лечебном заведении.
4. Ремонта, порчи и исправления работы самим пациентом.
5. Истечение срока гарантии на оказанные услуги.
6. Неудовлетворительного состояния гигиены полости рта.

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Я даю свое согласие на проведение ортопедического медицинского вмешательства.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Расшифровка подписи:

Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Расшифровка подписи: