Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

 **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:**

**РЕМОНТ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ** Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Ф.И.О. пациента*

добровольно обращаюсь **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения « Стоматологическая**

**поликлиника №1» министерства здравоохранения Краснодарского края (ОГРН** 1032304930668**),**

далее именуемое – **«Исполнитель»**, и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **ремонт ортопедической конструкции. ­­­**

Я получил(а) от врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. **Цели лечения**. Основными целями ремонта ортопедической конструкции являются: восстановление целостности и основной функции ортопедической конструкции (пережевывание пищи) и эстетической целостности зубного ряда.
2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства**. Ремонт ортопедической конструкции будет выполняться врачом в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе частичная адентия», «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе полная адентия», утвержденными Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации.
3. Ремонт зубных протезов – это техническая процедура восстановления внешнего вида, целостности и функциональности протезов. Основные причины поломки протезов

• Наличие изначального дефекта конструкции, допущенного при изготовлении.

• Нарушения технологии установки протеза.

• Некачественный уход за протезом.

• Чрезмерная жевательная нагрузка на протез.

• Травма пациента.

• Падение протеза на твердую поверхность.

• Некачественный материал, из которого изготовлен протез.

• Структурные изменения в опорных зубах (расшатывание, разрушение).

Трещины в конструкции могут привести к тому, что изделие раскалывается на несколько частей. Острые края сломанных коронок могут травмировать ротовую полость, поэтому испорченный протез точно нуждается в срочном ремонте. Также поломкам подвержены крепления различных видов протезов: кламмеры, замки или элементы телескопической фиксации.

Перебазировку протеза проводят в случаях, когда между основой протеза и деснами или зубами пациента образуется небольшие зазоры или щели, мешающие плотному прилеганию. Эта проблема может стать причиной изменения дикции, нарушения прикуса и травмирования мягких тканей, поэтому ремонт зубного протеза в стоматологии нужно провести как можно раньше. Срочный ремонт съемных зубных протезов иногда не требует серьезных вмешательств и его проводят непосредственно в присутствии пациента. Обычно это касается ремонта акриловых зубных протезов или изделий «Акри Фри», восстанавливать которые проще всего. Если конструкция имеет металлические элементы, то на процедуру понадобится гораздо больше времени. Наиболее сложным среди съемных конструкций считается ремонт бюгельных зубных протезов, так как в них достаточно много литых металлических элементов. У мостовидных протезов добавляются проблемы, характерные и для съемных изделий: потеря одной коронки в ряду, повреждение креплений, разрушение опорных зубов. Cрочный ремонт съемных протезов может занимать 1-2 часа. При поломках основу акрилового протеза склеивают самотвердеющими стоматологическими смолами. Ремонт нейлоновых протезов выполняют специальными клеями и смолами. При ремонте металлокерамических протезов поврежденное место обрабатывают веществом с повышенной адгезией, а затем в несколько слоев наносят керамический композитный материал. Может также возникать необходимость перебазировки конструкции. Эта процедура довольно сложна, поэтому даже при срочном выполнении работ может занять более суток.

После ремонта конструкция, так или иначе, утрачивает свою прочность, но при бережном обращении она сможет прослужить еще длительное время. Профилактика поломок бюгельных протезов

• очищать, надевать и снимать протез над полотенцем или мягкой тканью, чтобы смягчить удар при возможном падении конструкции;

• не употреблять в пищу слишком твердые продукты (орехи, леденцы, лед), чтобы не испытывать функционал системы;

• профилактические осмотры у стоматолога должны быть минимум 1 раз в полгода. Специалист заметит возможный дефект и направит элемент на срочный ремонт.

1. **Риски, последствия, осложнения.**

Врач объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после лечения: при получении оттисков - рвотный рефлекс, асфиксия материала, экстракция зубов с патологической подвижностью, расцементировка старых конструкций; перелом протезов с попаданием их элементов в желудочно-кишечный тракт и дыхательные пути; изменение цвета протезов; микротравмы десны; протезный стоматит; ощущение дискомфорта, болевые ощущения; аллергические реакции на инструмент и материалы, применяемые в процессе лечения; отёки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен; кариес опорных зубов под протезами; появление натёртостей при съёмном протезировании с возможным развитием сопутствующих заболеваний и патологий; возможная необходимость перебазировки съёмного протеза из-за атрофии альвеолярного гребня после удаления зубов; изменение дикции; появление запаха изо рта и образование налёта на протезах из-за несоблюдения мной гигиены полости рта и рекомендаций врача. Я понимаю, что ношение протезов может привести к появлению подвижности опорных зубов, что потребует их удаления и переделывания протеза с фиксацией на соседних зубах. Я согласен(на) с тем, что полные пластинчатые съемные протезы необходимо подтачивать.

Я осведомлена(а), что при наличии патологии височно–нижнечелюстных суставов и других нейромиофункциональных расстройств у меня могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, сколов и поломок протеза. Выбирая искусственную ортопедическую конструкцию, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и функциональные конструктивные особенности использования: потребуется время для привыкания к протезам, в процессе пользования протезами необходима периодическая коррекция, в том числе перебазировка протеза; возможна ретенция (застревание) пищи, наличие видимых элементов фиксации протезов и металлических частей коронок; а также возможные неудобства при пользовании протезом (отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций и чувствительности к сжатию зубов, изменение всех видов чувствительности, перекрывание частями протеза слизистой оболочки полости рта). **Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства:** эпилепсия,патология иммунной системы (тяжелые инфекции и т.п.); острые инфекционные заболевания; болезни крови (лейкозы, лимфогранулематоз) и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь): перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п. Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

1. **Предполагаемые результаты лечения.** Ожидаемыми результатами лечения являются: восстановление основной функции зубочелюстной системы (пережевывание пищи) и эстетической целостности зубного ряда. Мне разъяснено, что восстановление целостности зубного ряда съемным протезом поможет восстановить функции и улучшить внешний вид естественных здоровых зубов. Мне понятно, что итоговый результат протезирования может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные протезы зубов эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций в ротовой полости, особенно при различном освещении, что не является следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены конструктивными особенностями материалов и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.
2. Я поставлен в известность о том, что установление гарантийных сроков на овеществленные результаты медицинской услуги возможно только в индивидуальном порядке, и что если гарантийный срок письменно в документах не установлен, то он исчисляется согласно Положению о гарантиях в клинике Исполнителя, с которым я был ознакомлен до начала лечения.
3. Неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме, может привести к увеличению сроков лечения и как следствие, увеличению стоимости лечения. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.
4. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.
5. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

**Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.**

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

**Пациент/Законный представитель пациента:**

Дата: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ года

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**Врач:**

Дата: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ года

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/