**Информированное добровольное согласие на ортодонтическое лечение наружными брекетами**

Данное информированное согласие составлено в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей» и Правилами о предоставлении медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП от 04.10.2012г.); со статьей 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, и, согласно ч.2 ст.20 ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, в отношении лица, не достигшего возраста 15-ти лет, согласие на медицинское вмешательство дает один из его родителей или иной законный представитель.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

(являясь законным представителем ребенка:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения),

даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) ортодонтического лечения наружными брекетами на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в ООО «Реферативная практика» в соответствии с предложенным и согласованным планом лечения.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

Брекет система является самой распространенной технологией ортодонтического лечения, которая позволяет выравнивать зубы и корректировать неправильный прикус практически любой сложности. Ее основой являются брекеты, установленные с наружной поверхности зубов и дуги различного размера и пружинящих свойств. В конструкции брекетов запрограммировано положение зубов, на которые они установлены.

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.

Наружные брекеты изготавливаются в заводских условиях, имеют стандартные размеры и основание повторяющее форму наружной поверхности зубов, на которые они устанавливаются. Самыми популярными являются металлические брекеты, однако имеются керамические, пластиковые, сапфировые и комбинированные. Каждый вид брекетов применяется в зависимости от степени сложности лечения, размера зубов, особенности зубо-челюстной системы, задач ортодонтического лечения, и в последнюю очередь от пожеланий пациента.

Перед началом лечения Вы пройдете стандартное обследование (включая рентгеновские снимки, фотографии и рабочие модели). Доктор проведет анализ полученных результатов обследования, обсудит с Вами задачи и цели лечения, возможные риски, а так же вид брекет-системы.

Брекеты фиксируются специальным ортодонтическим клеем на каждый зуб отдельно или с помощью переносной каппы на весь зубной ряд, устанавливается дуга и с этого момента начинается ортодонтическое лечение. Доктор будет контролировать ход лечения, проводя периодические осмотры, и при необходимости проводить смену дуг и силовых элементов.

**Преимущества наружных брекетов:**

- большая прогнозируемость конечного результата

- возможность коррекции хода лечения, путем изменения положения брекетов на зубах

- наиболее комфортное привыкание к брекетам, легкий гигиенический уход

**Риски и осложнения:**

При проведении ортодонтического лечения возможны осложнения. Многие из них могут развиваться и без лечения, но при использовании ортодонтических устройств риск их развития выше. Ниже перечислены осложнения, которые могут развиться при проведении ортодонтического лечения:

1. При переходе на новую дугу возможно временное увеличение подвижности зубов. Срок увеличения подвижности зависит от пациента и проводимой процедуры. Ортодонтическое приспособление может натирать или царапать слизистую губ и щёк в течение первых 2-3-х недель после начала лечения.

2. При неадекватном уровне самостоятельной гигиены и при употреблении пищи со значительным содержанием сахара возможно развитие кариеса, пародонтита и декальцификации зубов.

Я проинформирован(а), что во время ортодонтического лечения необходимо регулярно проводить профессиональную гигиену полости рта по графику , рекомендованному доктором, но не реже 4-х раз в год.

3. Для перемещения зубов может потребоваться пришлифовка, для того чтобы создать пространство. Пришлифовка обычно не приводит к каким-либо негативным последствиям. Необходимость пришлифовки определяет Ваш лечащий доктор.

4. Невыполнение рекомендаций доктора, пропуск посещений (осмотров) могут удлинять время лечения, негативно сказываться на окончательном результате.

5. Зубы могут перемещаться после окончания лечения. Поэтому необходимо длительное время носить съемные или несъемные ретейнеры (иногда пожизненно). На протяжении жизни прикус может изменяться вследствие возрастных изменений, игре на музыкальных инструментах, парафункциональных привычек. На перечисленные причины доктор не может влиять. Очень редко могут возникать проблемы в области височно-нижнечелюстного сустава, проявляющиеся болями в области сустава, головными болями и (или) затруднением при жевании.

6. После ортодонтического лечения возможно ухудшение состояния окружающих зубы кости и десен, особенно если патологическое состояние уже существовало ранее, но не проявлялось. При перемещении зубов с помощью съемных ортодонтических конструкций может происходить рецессия десны, что в будущем, возможно, потребует ее хирургической коррекции путем пересадки соединительно-тканного лоскута. При неадекватном устранении налета с помощью зубной щетки и нити возможно воспаление десен и разрушение кости.

7. В некоторых случаях, например, при значительной скученности зубов или нарушениях роста челюстей, необходимо проведение хирургических операций (например, удаления зубов). Риски, связанные с проведением хирургических вмешательств и анестезии необходимо обсудить с хирургом.

8. Состояние травмированного или ранее леченного зуба может ухудшаться при ортодонтическом лечении. В некоторых случаях это может потребовать дополнительного эндодонтического и ортопедического лечения.

9. У некоторых пациентов длина корней зубов в ходе ортодонтического лечения может уменьшиться. Обычно это не влечет негативных последствий, но иногда может ухудшить долгосрочный прогноз зубов. У некоторых пациентов имеется наследственная предрасположенность к такому осложнению.

10. Соматические заболевания могут сказаться на эффективности ортодонтического лечения. Вам рекомендуется проконсультироваться с Вашим лечащим врачом.

11. Аллергических реакций к брекетам практически не развивается. Тем не менее, если у Вас появились признаки аллергии на брекеты, необходимо прекратить их использование и связаться с Вашим доктором.

12. Длительное ношение съемных и несъемных ретейнеров необходимо для стабилизации достигнутого результата.

У меня было достаточно времени для прочтения настоящего документа, в котором приведена информация о технологии ортдонтического лечения. Я понимаю описанные выше преимущества, возможные риски и неудобства, при проведении ортодонтического лечения. Я понимаю, что ни Клиника, ни любая другая компания или человек не могут гарантировать или застраховать результат моего лечения. Мне предоставили достаточно информации о брекет- системе, а также возможность задать вопросы и обсудить мои опасения. Я обсудил(а) использование брекет-системы с доктором, которому я собираюсь доверить свое лечение.

Я также даю согласие на проведение обследования, включая получение слепков, рентгенограмм, КТ, фотографий, которые доктор посчитает необходимым для диагностики и возможного изменения плана лечения.

Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает Клинику от ответственности за неблагоприятный исход лечения.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

**Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения, я** **имел(а) возможность полностью обсудить с врачом ход лечения и задать свои вопросы. Я в доступной для меня форме проинформирован(а) о возможных рисках и последствиях медицинского вмешательства, и согласен(а) с ними.**

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Также я информирован(а) о возможности получения мною бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) в других медицинских учреждениях. Я информирован(а), что ООО «Реферативная практика» не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю своё согласие на проведение ортодонтического лечения наружными брекетами.

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года.

**Пациент/законный представитель пациента**

**согласился на медицинское вмешательство** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Пациент/законный представитель пациента

отказался от медицинского вмешательства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Беседу провел врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Фамилия И.О.)

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года.