



Генеральный директор
ООО «Дента Арт»
/В.Г. Кравченко/

Приложение № 1 к приказу 1709/2 от «17» сентября 2018 г.

Типовая форма

Информированное согласие пациента на медицинское вмешательство по ортодонтическому лечению с помощью INVISALIGN (Инвизалайн) в стоматологической клинике «Дента Арт».

Вы приступаете к ортодонтическому лечению методом INVISALIGN (Инвизалайн). Несмотря на то, что ортодонтическое лечение нацелено на улучшение Вашей улыбки, Вы должны знать, что лечение может иметь определенные ограничения и нюансы, на которые следует обратить Ваше внимание.

Механизм действия

INVISALIGN (Инвизалайн), разработанный компанией “Align Technology”, Inc (далее “Align”) представляет из себя набор съемных прозрачных элайнеров (капп), выполненных из тонкого пластика. Продукция INVISALIGN (Инвизалайн) объединяет Ваш диагноз и сложную компьютеру графику, чтобы оптимально подобрать план лечения, и достичь жалеемого результата. Согласно составленному плану лечения, изготавливается индивидуальный набор элайнеров (капп).

Сама процедура

Перед началом лечения, Вы должны пройти обычную процедуру ортодонтического предварительного обследования, которая включает в себя медицинское фотографирование, изготовление контрольных моделей, рентгенодиагностические процедуры, которые выполняются с целью постановки диагноза и планирования ортодонтического лечения. Ваш лечащий врач совместно с рекомендациями и диагностикой “Align” создадут виртуальную модель Вашего лечения ClinCheck (КлинЧек), на которой Вы сможете оценить перемещение Ваших зубов на каждом этапе и, конечно же, посмотреть конечный результат. После утверждения ClinCheck (КлинЧек) совместно с Вашим лечащим врачом, “Align” изготоит и отправит серию Ваших индивидуальных элайнеров (капп).

Общее количество элайнеров (капп), от которого будет зависеть продолжительность Вашего лечения, определяется каждым отдельным случаем. Все элайнеры (каппы) будут пронумерованы и переданы Вам лечащим врачом со специальными инструкциями по использованию. После получения инструкций, Вы носите элайнеры (каппы) примерно 20-22 часа в день, снимая их только во время еды, чистки зубов щеткой и чистки зубов с помощью нити. По согласованию с врачом вы устанавливаете следующий элайнер каждые 2-3 недели. Вам необходимо посещать Вашего стоматолога каждые 6-8 недель, чтобы контролировать ход лечения.

Обращаем Ваше внимание на то, что в ходе лечения могут быть использованы дополнительные приспособления. А так же по окончанию лечения Ваш лечащий врач по необходимости может посоветовать Вам носить ретейнер. В некоторых случаях, если результат в конце лечения не достигнет идеального, время Вашего лечения может быть увеличено.

Преимущества лечения методом INVISALIGN (Инвизалайн).

- Элайнеры (каппы) INVISALIGN (Инвизалайн) представляют собой эстетическую альтернативу брекетам.
- Элайнеры (каппы) практически незаметны на Ваших зубах. Многие даже не поймут, что Вы находитесь в процессе лечения.
- Результат исправления Ваших зубов виден на каждом этапе лечения благодаря компьютерной модели ClinCheck (КлинЧек).
- При использовании элайнеров (капп) Вы можете чистить зубы, пользоваться зубной нитью, как в повседневной жизни, что проблематично при ношении брекет-систем.
- Элайнеры (каппы) внешне ничем не напоминают брекеты.

Подпись пациента _____ Подпись законного представителя пациента _____

Риски и неудобства

Как и любое ортодонтическое лечение, использование продукции INVISALING (Инвизалайн) может сопровождаться определенными рисками и неудобствами, перечисленными ниже:

1. Ношение элайнеров(капп) недостаточное количество часов в день, не использование продукции по предписанию Вашего лечащего врача, пропуск визитов к врачу может продлить время лечения и не привести к ожидаемым результатам
2. Чувствительность зубов может появиться после перехода к следующему элайнеру из серии
3. Могут быть травмированы десны, щеки и губы
4. После окончания лечения зубы могут изменить свое положение. Регулярное использование ретейнеров в конце лечения должно устранить эту тенденцию.
5. Употребление пищи и напитков, содержащих сахар, пропуск чистки зубов во время использованием продукции INVISALIGN (Инвизалайн) или невыполнение обычной зубной гигиены и планового осмотра, может привести к кариесу зубов, заболеваниям пародонта, воспалению десен
6. Элайнеры (каппы) могут влиять на речь и способствовать проявлению “шепелявости”. Но любое изменение речи, вызванное использованием продукции INVISALIGN (Инвизалайн), должно исчезнуть в течение 1-2 недель
7. Элайнеры (каппы) могут временно увеличить слюнотечение или сухость во рту, а определенные медикаменты могут усилить этот эффект
8. Аттачменты могут быть установлены на один и более зубов во время лечения. Зубы могут подвергаться пришлифовке контактных поверхностей для создания пространства, для увеличения пространств между ними и создания дополнительного места для других зубов.
9. Общее состояние и использование медикаментов также может оказывать влияние на ортодонтическое лечение
10. Хорошее состояние кости и десны, которая поддерживает зубы, может быть ослаблено или ухудшено
11. Оральная хирургия может быть использована для исправления сдавленности или несоответствия челюстей
12. Состояние зуба, который был прежде травмирован или реставрирован, может быть ухудшено. В редких случаях может быть снижена жевательная способность зубов. Зуб может требовать дополнительного лечения, такого как эндодонтического и/или дополнительных реставрационных работ и зуб может быть потерян
13. Зубные восстановления (реставрации), например, коронки, могут быть смещены, расцементированы и, в некоторых случаях, требовать замены
14. Короткие клинические коронки могут привести к плохой фиксации приспособлений и спровоцировать подвижность зубов
15. Длина корней зубов может быть укорочена во время отродонтического лечения, что может нанести вред жизнеспособности зубов
16. В случае множественной потери зубов возрастает вероятность поломки изделия
17. Ортодонтические приспособления или их части могут быть случайно проглочены
18. В редких случаях проблемы могут также возникнуть на стыке нижней челюсти, что будет причиной боли в этом месте, а так же головной боли и боли в ушах
19. Возможны аллергические реакции
20. Зубы, непокрытые хотя бы частично элайнерами, могут выдвигаться из зубной дуги

Подпись пациента _____ Подпись законного представителя пациента _____

Информированное Согласие

Я,

" " г. рождения,

Законный представитель

зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя),

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в стоматологической клинике общества с ограниченной ответственностью «Дента Арт», а именно **на медицинское вмешательство по ортодонтическому лечению с помощью INVISALIGN (Инвизалайн)**

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мною условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым лечением и мог либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Я прочел всю предшествующую информацию по описанию ортодонтического лечения с использованием элайнеров (капп) системы INVISALIGN(Инвизалайн), мне было предоставлено достаточно времени. Я пониманию все недостатки и риски, связанные с лечением. Я был полностью информирован и имел возможность задать вопросы и обсудить проблемы, связанные с ортодонтическим лечением по системе INVISALIGN (Инвизалайн) с моим лечащим врачом, у которого я буду наблюдаться. Я понимаю, что должен буду использовать продукцию и рекомендаций врача, работающего с системой INVISALIGN (Инвизалайн). И этим даю согласие на ортодонтическое лечение с использованием продукции INVISALING (Инвизалайн), которое будет предписано моим лечащим врачом.

Принимая во внимание, что ортодонтia не идеальная наука, я понимаю, что мой лечащий врач вместе с представителями Align Technology не могут дать каких-либо гарантий или страховок, касающихся результатов моего лечения. Я понимаю, что Align не является провайдером в медицинском, стоматологическом и врачебном обслуживании, не делает и не может практиковать медицину, стоматологию и давать какие-либо медицинские рекомендации. Ни мой лечащий врач, ни представители Align, ни его ассистенты не давали мне никак гарантий и страховок, касающихся специфических результатов моего лечения.

Я даю разрешение своему врачу на опубликование моих медицинских записей (включая рентгенографических, отчеты, беседы, медицинскую карту, снимки, исследования, слепки зубов, описания, диагноз медицинского обследования, результаты обследования, и другие записи лечения) для передачи другим медицинским работникам, ортодонтам и организациям, имеющим лицензию на стоматологические работы. А так же фирме Align, ее представителям, работникам, ассистентам в целях научного исследования в области ортодонтии по системе Align с точки зрения образования и научных открытий.

Я понимаю, что использование моей Медицинской Карты может служить разоблачением личной информации, касающейся моего здоровья, что противоречит медицинской этике. Этим документом я даю согласие на разглашение этой информации. Ни я, ни кто-либо с моей стороны, не будет требовать какого-либо возмещения за это разглашение. Я понимаю, что я не получу никакой компенсации за использование моей медицинской карты и поэтому ни я, ни кто-либо с моей стороны, не будет требовать никакого возмещения за это.

Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я имел возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я принимаю решение о лечении на предложенных мне условиях.

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

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

С информированным согласием ознакомлен и согласен.

Подпись пациента_____

Подпись законного представителя пациента_____

Дата_____