



# Добровольное информированное согласие на установку микроимплантатов в рамках ортодонтического лечения в ООО «НИКОР-Н»

Я, \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_,  
зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет или недееспособных граждан:**

Я \_\_\_\_\_ (ф.и.о.), паспорт: \_\_\_\_\_,  
выдан: \_\_\_\_\_,  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_,  
(ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью)

в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю **добровольное согласие** на проведение мне, либо лицу, законным представителем которого я являюсь следующего медицинского вмешательства: **установку микроимплантатов в рамках ортодонтического лечения по поводу диагноза: \_\_\_\_\_ (наименование и код по МКБ-10).**

Настоящее согласие дано ООО «НИКОР-Н», имеющему лицензию на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-77-01-017-877, выдана Департаментом здравоохранения города Москвы от 12 апреля 2019 г., (далее - Клиника). На проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю врача – \_\_\_\_\_

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствий, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения, информирован(а) о его стоимости и сроках исполнения.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга может быть оказана по программе обязательного медицинского страхования в иных медицинских организациях, в объеме и на условиях территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС.

Я информирован(а), что ортодонтическое лечение/временное протезирование с использованием микроимплантатов помогает осуществить необходимое перемещение моих зубов с целью достижения максимального эффекта при минимальной степени хирургического вмешательства и временных затратах/временное восполнение дефекта зубного ряда. Я также информирован(а) об альтернативных вариантах ортодонтического лечения/временного протезирования съемными пластиночными аппаратами, об их возможных результатах, которые в данном случае будут иметь меньший клинический успех.

Я понимаю, микроимплантаты используются для создания дополнительной опоры, потому что число и особенности положения имеющихся в полости рта зубов препятствуют их эффективному ортодонтическому перемещению либо качественной фиксации временного пластиночного аппарата.

Мне понятна необходимость в установке одного или нескольких микроимплантатов, выбор места для установки (в области неба или между зубами на верхней и/или нижней челюсти) микроимплантата я поручаю врачу.

Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что установка микроимплантата сопряжена с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу. Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции и проводится в области выполняемой манипуляции и предусматрива-

ет одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания.

\_\_\_\_\_ (указать название анестетика)

Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной процедуры могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Местная инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости в этой области.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений. Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать травматизацию нервных окончаний и сосудов, проявляющуюся потерей чувствительности, невритом, нейтропатией; вызвать образование внутреннего кровотечения, постинъекционной гематомы и отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я понимаю необходимость рентгенологического исследования до лечения, во время лечения и после лечения, а также при проведении периодических осмотров в указанные сроки и согласен(а) на его проведение, обязуюсь приходить на контрольные осмотры и соблюдать гигиену полости рта. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования, от рентген-обследования в виде трехмерной компьютерной томографии врач не сможет провести качественную диагностику, лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Я информирован(а) о том, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру течения. Я информирован(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного вмешательства, которые обусловлены в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями организма, среди которых могут быть: отек мягких тканей лица и шеи; гематома, кровоизлияние; ограничение открывания рта; онемение губы, подбородка, языка; перфорация дна гайморовой пазухи; аллергические реакции; а также обусловлены наличием уже имеющегося хронического или острого патологического процесса челюстно-лицевой области: прогрессирование заболевания, повышение температуры тела, появление симптомов общей интоксикации организма, увеличение лимфа-

тических узлов; появление (усиление) болевых ощущений; обострение системных заболеваний организма; нарушение состава кишечной микрофлоры, связанное с приемом антибиотиков при их назначении.

Также осложнения после микроимплантации могут включать инфицирование участка размещения микроимплантата, поломку микроимплантата, излишнюю подвижность микроимплантата, преждевременное удаление микроимплантата и необходимость установки нового в это же или другое место.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций лечащего врача. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов, инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее, а так же в случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, стоимость лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Я понимаю, что при изменении моего состояния или

появлении новой информации о моем состоянии может появиться необходимость корректировки плана лечения для лучшего удовлетворения моих интересов, Я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач. Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Настоящим я даю согласие на проведение медицинской фото- и/или видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозаписи останутся собственностью врача/Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Я разрешаю лечащему врачу, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиники данных фотографий имя мое/лица, чьи интересы я представляю не будет упомянуто.

Я предупрежден(а) лечащим врачом о строгом соблюдении режима во время проведения медицинского вмешательства и после него, о необходимости профессиональной гигиены полости рта (с периодичностью 1 раз в 3-6-12 месяцев, которая определяется индивидуально и зависит от состояния зубов, уровня индивидуальной гигиены полости рта). Я понимаю необходимость регулярно приходить на профилактические осмотры, контрольные снимки зубов по графику оговоренному с врачом. Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с протоколом процедуры. Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Клиники лечащий врач вправе отказаться от дальнейшего моего лечения. Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке и сроке службы на овеществленные результаты лечения и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья / лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

\_\_\_\_\_ , Телефон \_\_\_\_\_

(ФИО гражданина)

\_\_\_\_\_ , подпись \_\_\_\_\_

(ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг, и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возмож-

ность либо отказаться от процедуры, либо дать свое согласие. Я подтверждаю свое добровольное согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно в присутствии лечащего врача. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта. Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Дата	Подпись пациента или законного представителя/расшифровка	Подпись врача /расшифровка	Дата следующего визита (по актуальности)

Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Подпись врача \_\_\_\_\_