

Общество с ограниченной ответственностью

«СТОМАТОЛОГИЯ»

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

Московская область, г. Мытищи, Олимпийский проспект, строение 2, д. 29, офис 9А, тел.: 8-495-407-06-67 8-916-586-15-06

ИНН 5029132270 КПП 502901001 ОГРН 1095029010075 01.12.2009 г.

**ЛИСТ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО**

**СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ**

**ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ВКЛАДКИ, НАКЛАДКИ, ВИНИРЫ)**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина или его законного представителя. Данное **информированное добровольное согласие пациента на восстановительное ортопедическое лечение (вкладки, накладки, виниры),** является Приложением к медицинской карте стоматологического больного

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**На ваш(и) зуб(ы) (заполняется лечащим врачом)**

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_должен/должны быть установлена(ы) вкладка(и).

*(указать номер зуба(ов), зубной ряд)*

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_должен/должны быть установлена(ы) накладка(и).

*(указать номер зуба(ов), зубной ряд)*

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_должен/должны быть установлен(ы) винир(ы).

*(указать номер зуба(ов), зубной ряд)*

ЦЕЛЬЮ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ РЕСТАВРАЦИЯ ЗУБА ПУТЕМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЗУБНОГО ПРОТЕЗА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕГО ВОССТАНОВЛЕНИЕ АНАТОМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЗУБА С УЧЕТОМ ЕГО ЦВЕТА И ОТТЕНКОВ, А ТАКЖЕ АДЕКВАТНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НАГРУЗКИ ЗА СЧЕТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОНТАКТОВ С ЗУБАМИАНТОГОНИСТАМИ.

Таковыми протезами являются:

* Инлей – микропротез, располагающийся внутри твердых тканей коронки зуба;
* Онлей – микропротез, располагающийся внутри, в глубине тканей, но при этом имеется окклюзионная накладка, защищающая стенки зуба от переломов при действии прямой нагрузки;
* Оверлей – микропротез, охватывающий 4 из 5 свободных стенок зуба;
* Пинлей – микропротез, укрепленный в зубе с помощью штифтов (макро- или микроштифтов);  Винир – микропротез, покрывающий вестибулярную поверхность фронтальных зубов.

Керамические накладки (виниры) представляют собой тонкую, обычно керамическую пластинку, плотно фиксированную на поверхность зуба. Для их изготовления с поверхности зуба снимается тонкий слой, после чего делается слепок подготовленного зуба, и в лаборатории изготавливается соответствующая керамическая накладка. Постоянный винир крепится на зубе с помощью специального стоматологического затвердевающего вещества. Обладая естественным видом, виниры изготавливаются индивидуально для каждого пациента. В зависимости от цели установки различают следующие типы виниров: эстетические, восстанавливающие форму зуба, восстанавливающие форму зубного ряда и виниры для коррекции дефекта цвета зуба и др. Основное преимущество, которым обладают виниры – это то, что зуб остается живым и живет гораздо дольше, чем под коронкой.

Для обозначения Инлей, Онлей, Оверлей и Пинлей чаще всего используется одно слово ВКЛАДКИ – это ортопедическая конструкция, изготавливаемая в зуботехнической лаборатории и фиксируемая в препарированной полости зуба специальным затвердевающим веществом, обеспечивающая восстановление коронковой (наддесневой) части зуба. В зависимости от целеполагания вкладки бывают:

* *Металлическая культевая вкладка* – это литая штифтовая конструкция, которая фиксируется в канале зуба. Разборные конструкции используются для восстановления зубов с двумя и более корнями. Культевая вкладка отливается из кобальто-хромового сплава, сплавов золота и служит основой для будущей коронки.
* *Неметаллическая вкладка* (inlay, onlay, overlay) может быть изготовлена следующими способами:
* Ручное изготовление методом наслоения керамики или композита;
* Метод прессования керамики из готовых форм-таблеток. На модели происходит восковое моделирование будущей вкладки, затем воск выплавляется, и под давлением тот объем, который занимал воск, занимает разогретая керамика. После остывания вкладки следует этап нанесения специальных керамических красителей;
* Метод цифрового сканирования CAD и CAM фрезерования вкладки: сканируется зуб на гипсовой модели или в полости рта, затем или с помощью специальной программы происходит построение границ будущей реставрации, или сканируется восковая модель вкладки. Вся полученная информация передается на цифровой фрезер, который в 4 или 5 плоскостях одновременно проводит фрезеровку изделия.

**Альтернативными методами лечения являются восстановление зуба пломбами (с укрепляющими штифтами и без), коронки, удаление зуба или отсутствие лечения вообще.**

Как и любые стоматологические или медицинские процедуры, временные методы лечения связаны с

**определенными рисками и** **осложнениями**:

*Наиболее часто встречающиеся риски:*

* умеренная или сильная боль в зубе или прилегающей к зубу десне;
* повышенная чувствительность зуба после пришлифовки;
* жалобы на боль при накусывании или жевании;
* ощущение инородного тела, вызванное новым протезом.

*Иногда встречающиеся риски:*

* лёгкое или более сильное и даже длительное воспаление или кровоточивость дёсен в особенности при ненадлежащем уходе за полостью рта;  онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт.

*Редко встречающиеся риски:*

* аллергическая реакция на использованные материалы;
* боли в суставах, связанные с изменением прикуса с течением времени;
* изменение цвета дёсен или зубов с вкладкой;
* постепенное ослабление фиксации протезов, их деформация, перелом, трещины или скол облицовочного материала;
* При наличии патологии височно-нижнечелюстного суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затруднений адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушение функций речи, жевания, глотания, поломок протезов.

Помимо вышеописанных рисков, могут существовать и иные риски, не упомянутые здесь.

*В вашем случае возможны следующие специфические риски:*

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Для достижения положительного результата лечения необходимо соблюдать следующие рекомендации:**

 Не забудьте проинформировать врача о своей истории болезни и имеющейся аллергической реакции. Настоящим Вы сообщаете о следующих своих заболеваниях и аллергических реакциях:

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

 Перед постоянным протезированием необходимо получить обязательную консультацию врачапародонтолога, а также регулярное 2 раза в год, если не оговорены врачом другие сроки.

 В случае появления ощущения дискомфорта, боли, иных проблем или вопросов, необходимо сразу же обратиться к лечащему врачу.

 Только тщательный ежедневный уход обеспечит долговременное и комфортное ношение коронки/мостовидного протеза.

 Тщательный ежедневный уход за зубами и межзубным пространством позволит предотвратить воспаление дёсен и развитие кариеса.

 Как и здоровые натуральные зубы, зубы с вкладками не должны подвергаться избыточной нагрузке. Поэтому рекомендуется придерживаться особых правил питания, исключающих возможность механического повреждения ортопедических конструкций и других реставраций зубов, не рекомендуется жевать кости, откусывать твёрдые вещества, открывать зубами крышки бутылок и т.д.

 В случае выпадения вкладки не пытайтесь установить её(его) обратно самостоятельно. Сохраните её и незамедлительно свяжитесь с лечащим врачом.

 Посещение врача с целью профилактического осмотра и профессиональной гигиены полости рта не реже 2 раз в год. В этом случае **гарантия** на вкладки сохраняется в течении 3 лет и 2 лет на виниры начиная с даты установки.

**Последствия отказа от лечения:**

В случае отказа от предложенного и альтернативных методов лечения возможны следующие риски:

* Кариозные полости в зубе не могут быть хорошо прочищены. Скопившиеся там остатки пищи и бактерии могут стать причиной неприятного запаха изо рта.
* Зубы с кариесом и/или поврежденными пломбами могут вызывать боль при жевании или при употреблении горячих, холодных, сладких и кислых напитков и еды.
* Бактерии размножаются в местах повреждения зуба или пломбы, вызывая таким образом дальнейшее разрушение зуба, воспаление десен и образование очагов инфекции на стыках с дёснами.
* Проникая глубоко в зуб, бактерии могут повредить пульпу зуба. Это может стать причиной зубной боли, гибели нерва, воспаления нерва, нагноения и потери зуба.
* Кусочки зуба могут отколоться, и в худшем случае зуб не будет подлежать восстановлению и его придётся удалить.
* Может отколоться часть зуба, и в худшем случае зуб придётся удалить.
* Острые края сколотого зуба могут повредить мягкие ткани щеки и языка.
* Может быть нарушена опора зубов и челюстей, что может привести к подвижности зубов, дискомфорту/боли/повреждению височно-нижнечелюстного сустава.
* Возможно снижение жевательной эффективности, могут возникнуть проблемы с питанием и

пищеварением.

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА:**

Я прочитал(а) и понял(а) информацию, содержащуюся в информационном листке и иных представленных мне для ознакомления документах, в которых отражены основные сведения, полученные во время информационной консультации.

Во время консультации у меня была возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, например, о специфических рисках, возможных осложнениях и альтернативных методах лечения. Лечащий врач дал полные и исчерпывающие ответы на мои вопросы.

Я проинформирован(а) о том, что я могу отозвать свое согласие на данную процедуру в любое время до начала лечения.

Мне было предоставлено достаточно времени для принятия решения; мне больше не требуется дополнительное время для обдумывания решения.

**Настоящим я даю согласие на проведение подготовительных этапов предшествующих восстановительному ортопедическому лечению, а так же и на проведение самого восстановительного ортопедического лечения.**

**Я даю согласие на изготовление оттисков, диагностических моделей, фотосъемку, и проведение рентгенологического контроля, которые будут выполнены для постановки диагноза, лечения, фиксации результатов медицинского вмешательства, а также для улучшения контроля качества лечения и обеспечения полной медицинской информации обо мне.**

**Я даю согласие на анестезию, изменение или продление лечения в случае необходимости, а также на повторное и последующее хирургическое вмешательство.**

Я также проинформирован(а) о необходимости регулярно посещать стоматолога и делать профессиональную чистку зубов (минимум два раза в год, желательно три раза в год).

Ни я, ни мои ближайшие родственники, ни люди, представляющие мои интересы, не будут предъявлять финансовые или юридические претензии в отношении того, что перечислено в данном документе. Ксерокопия этого документа имеет такую же юридическую силу, как и оригинал. Я полностью ознакомился/ознакомилась с документом, мне все понятно и я согласен/согласна со всеми положениями данного документа, что подтверждаю своей подписью:

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись пациента, Ф.И.О.)*

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись лечащего врача, Ф.И.О.)* М.П.

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.