**Информированное добровольное согласие на ортодонтическое лечение лингвальными 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 лингвальными брекетами на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в ООО «Реферативная практика» врачом 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 здоровье.

Лингвальные брекеты являются альтернативой наружным брекетам, которые позволяют выравнивать зубы без изменения внешнего вида, т.к. брекеты устанавливаются с внутренней (язычной) поверхности зубов, что позволяет сочетать прекрасную эстетику во время лечения и полностью программируемый ортодонтический аппарат. Особенностью лечения являются индивидуально изготовленные брекеты и дуги, что способствует лучшей адаптации к ним пациента.

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. Лингвальные брекеты изготовливаются в лабораторных условиях индивидуально для Вас. План, составленный Вашим доктором, воплощается с помощью сложной компьютерной системы на моделях.

Перед началом лечения Вы пройдете стандартное обследование (включая рентгеновские снимки, КТ, фотографии и рабочие модели). Доктор сделает слепки Ваших зубов и отправит их с техническим заданием в лабораторию. В соответствии с этим заданием в лаборатории изготовят брекеты и дуги, и пришлют их доктору почтой. Брекеты находятся в так называемых переносных каппах, с помощью которых доктор фиксирует брекеты на зубах в идеальном положении, что значительно экономит время фиксации аппарата. Доктор будет контролировать ход лечения, проводя периодические осмотры, и при необходимости проводить смену дуг и лигатур.

**Преимущества лингвальных брекетов:**

- лучшая эстетика. Брекеты невидимы при ношении

- комфорт. Индивидуально изготовленные брекеты занимают меньший объем в полости рта, что способствует лучшей адаптации к ним, в отличие от стандартных наружных брекетов, время адаптации обычно не превышает 2-3 недель.

**Риски и осложнения.** При использовании лингвальных брекетов могут развиваться такие же осложнения, как при проведении обычного ортодонтического лечения. Многие из них могут развиваться и без лечения, но при использовании ортодонтических устройств риск 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 языка в течение первых 2-3 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, обычно раз в 2 месяца.

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 ношение съемных или несъемных ретейнеров (иногда пожизненное). 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. У некоторых пациентов могут возникнуть временные нарушения речи. Любые нарушения речи, возникшие при лечении лингвальными брекетами, исчезают в течение 2-3 недель.

7. После ортодонтического лечения возможно ухудшение состояния окружающих зубы кости и десен, особенно если патологическое состояние уже существовало, 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.

8. 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.

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

10. 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.

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

12. Аллергических реакций к лингвальным брекетам практически не развивается. Тем не менее, если появились признаки аллергии на брекеты, необходимо связаться с лечащим врачом.

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

**Альтернативное лечение.** Для большинства пациентов ортодонтическое лечение не является обязательным. Альтернативами лечению с помощью лингвальных брекетов является лечение с помощью обычных наружных брекет-систем, либо ортопедическое лечение (виниры, коронки). На выбор альтернативы ортодонтическому лечению влияют состояние зубов пациента и окружающих их тканей. Одной из альтернатив является отсутствие лечения. Однако, в случае отказа от ортодонтического лечения, возможно ухудшение клинической ситуации в будущем.

У меня было достаточно времени для прочтения настоящего документа, в котором приведена информация о лингвальных брекетах. Я понимаю описанные выше преимущества, возможные риски и неудобства, характерные для данной технологии. Я понимаю, что ни клиника, ни любая другая компания или человек не могут гарантировать или застраховать результат моего лечения. Мне предоставили достаточно информации о лечении с помощью лингвальных брекетов, а также возможность задать вопросы и обсудить мои опасения. Я обсудил(а) лечение с помощью лингвальных брекетов с доктором, которому я собираюсь доверить свое лечение. Подписывая настоящий документ, я даю согласие на проведение лечения с помощью лингвальных брекетов в соответствии с указанной ниже информацией и условиями, перечисленными ниже.

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 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 лингвальными брекетами.

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

**Пациент/законный представитель пациента**

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

(подпись)

Пациент/законный представитель пациента

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

 (подпись)

Беседу провел врач анестезиолог-реаниматолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Фамилия И.О.)

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