

Інформаційна згода на проведення ортодонтичного лікування

Я _____
уповноважую лікаря – стоматолога _____
провести ортодонтичне лікування.

Цей документ містить також необхідну інформацію для того, щоб я ознайомився із запропонованим лікуванням і міг або відмовитися від нього, або дати свою згоду на проведення даного лікування.

Лікар поставив мені наступний діагноз: _____

і вказав на необхідність лікування ортодонтичним методом.

Наслідками відмови від даного лікування можуть бути: прогресування зубо – щелепної деформації, виникнення або погіршення захворювань пародонту, погіршення естетики, порушення функцій вимови, швидка втрата зубів у майбутньому від перевантаження, захворювання жувальних м'язів та скронево-нижщелепового суглобу, невропатії.

Альтернативними методами лікування є: ортопедичне лікування після досягнення певного віку незнімними або знімними конструкціями протезів; відсутність лікування взагалі.

Хоча ортодонтичне лікування має значний відсоток клінічного успіху, проте, я розумію що воно є біологічною процедурою і тому не може мати стовідсоткової гарантії на успіх.

Лікар пояснив мені всі *можливі ускладнення*, які можуть виникнути під час ортодонтичного лікування, а саме:

1). карієс та декальцинація емалі зубів в разі недотримання належної гігієни порожнини рота або генетичної схильності емалі до каріозного ураження;

2).резорбція кореня зубу при недотриманні рекомендацій лікаря та графіку відвідувань;

3).можливість травматизації при необережному користуванні апаратом і недотримання рекомендацій;

4).зміни у стані скронево-нижньощелепового суглобу;

5).можлива нестабільність результату, як наслідок недотримання правил користування ретенційними апаратами, ступеню складності клінічної ситуації, а також біологічної особливості стану тканин ротової порожнини;

В залежності від віку пацієнта та складності початкової ситуації можлива необхідність по життєвого утримання досягнутого результату ортодонтичного лікування.

Одним із різновидів незнімного по життєвого ретенційного апарату може бути також шинування в ділянці переміщених зубів.

У тих випадках, коли індивідуально анатомічна форма зубів має ширину коронки зуба, що перевищує функціонально – необхідну,лікар проводить сепарування міжзубних контактів з подальшим укріпленням емалі зубів фторвмісними препаратами.

Лікар пояснив мені можливість виникнення відчуття дискомфорту та болі на етапах проведення ортодонтичного лікування.

Крім того, я розумію необхідність рентгенологічного контролю лікування в майбутньому та зобов'язуюсь приходити на контрольні огляди (за графіком, обговореним з лікарем і записаному в історії хвороби).

Розуміючи сутність запропонованого лікування й унікальність власного організму, я згоден з тим, що ніхто не може передбачити точний результат запланованого лікування. Я розумію, що мені не надаються гарантії, але вважаю, що це лікування в моїх інтересах.

Мені були пояснені всі можливі наслідки лікування, а також альтернативні методи лікування. Я також мав можливість задавати всі питання, які мене цікавили.

Я уважно ознайомився з даним додатком і розумію, що останнє є юридичним документом і несе для мене правові наслідки.

Цей додаток є невід'ємною частиною історії хвороб.

« ____ » _____ 20__ р.

Підпис пацієнта _____