

Інформаційна згода на проведення ортопедичного лікування

Я _____
уповноважую лікаря-стоматолога _____
провести ортопедичне лікування дефектів зубів або зубних рядів щелеп. Цей документ містить також необхідну для мене інформацію для того, щоб я ознайомився(лася) із запропонованим лікуванням і міг(могла) погодитися або відмовитися від нього.

Лікар поставив мені наступний діагноз: _____
і обґрунтував необхідність проведення ортопедичного лікування. Я ознайомлений(на) з найбільш раціональним планом проведення підготовчих заходів перед початком протезування і самого протезування.

Мене також ознайомили з можливими альтернативними варіантами протезування, що у моєму випадку, будуть мати менший клінічний успіх (тривалість служби протеза; естетичні, гігієнічні, функціональні якості протеза, профілактика захворювань пародонта і подальше руйнування жувального апарату).

Наслідками відмови від протезування можуть бути:

1. перелом зуба при відмові від покриття зуба коронкою або накладкою після проведеного ендодонтичного лікування;
2. прогресування зубо-щелепних деформацій, подальше зниження ефективності жування;
3. погіршення естетики;
4. порушення функції мовлення;
5. прогресування захворювань пародонта;
6. швидка втрата зубів, які залишилися;
7. захворювання жувальних м'язів і скронево-нижньощелепного суглоба;
8. загальносоматичні захворювання шлунково-кишкового тракту;
9. невротатії.

Лікар зрозуміло пояснив мені необхідність дотримуватись етапів протезування, термінів. Хоча запропоноване протезування допоможе мені зберегти моє стоматологічне здоров'я, проте я розумію, що протезування є свого роду втручанням у біологічний організм і, як будь-яка медична операція не може мати стовідсоткової гарантії на успіх, навіть при ідеальному виконанні всіх клінічних і технологічних етапів протезування, оскільки повне одужання означає біологічне відновлення цілісності жувального апарату. Зубо-щелепна система протягом життя людини піддається інволютивному розвитку (як при наявності протеза, так і без нього, але в останньому випадку набагато швидше), що виявляється в рецесії ясен, атрофії кісткової тканини щелеп, стиранні твердої тканини зубів. Тому через якийсь час, що залежить від швидкості протікання інволютивних процесів, які в кожній людині строго індивідуальні, виникає необхідність корекції або переробки протеза.

Я розумію необхідність регулярних контрольних оглядів у лікаря і тому зобов'язуюся приходити на контрольні огляди (за графіком, обговореним з лікарем і записаним в історії хвороби).

Я проінформований(на) про можливі ускладнення під час анестезії і при прийомі антибіотиків. Я повідомив(ла) лікаря про всі випадки алергії до медикаментозних препаратів у минулому і про алергію в даний час.

Розуміючи суть запропонованого лікування й унікальність власного організму, я згоден(на) з тим, що ніхто не може передбачити точний результат запланованого лікування, оскільки уявлення пацієнтів про протезування, як правило, не співпадає з реальною дійсністю, але я вважаю, що протезування – в моїх інтересах. Мені були пояснені всі можливі наслідки протезування, а також альтернативні варіанти.

Я також мав(мала) можливість ставити всі питання, які мене цікавили.

Я уважно ознайомився(лася) з даним документом і розумію, що він має юридичну силу і несе для мене правові наслідки.

Даний документ є додатком і невід'ємною частиною історії хвороби.

Дата _____

Підпис пацієнта _____