ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА УСТАНОВКУ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ВИНТОВ

1. Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований: статей 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункта 14, 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП РФ от 04.10.2012 года № 1006); ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

2. Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом** добровольного информированного **согласия пациента в письменной форме.**

Ортодонтический минивинт– это минивинт, который устанавливают в костную ткань в качестве опоры для передвижения зубов, как вспомогательный элемент для ортодонтического лечения.

Длина ортодонтического минивинта может быть от 6 до 17 мм ,диаметр 1.5-2.0 мм. Они изготавливаются из медицинской стали, имеют гладкую отполированную поверхность и не срастаются с окружающими тканями, что даёт возможность легко извлечь их в конце лечения.

Цель (показания) установки ортодонтического минивинта: любая из технологий в ортодонтии основана на принципе перемещения зубов ,для чего необходимо иметь точку опоры. Минивинты являются абсолютной опорой и никогда не передвигаются вместе с зубами, позволяя легко и быстро добиться желаемого передвижения зубов.

Методики установки ортодонтических минивинтов: операция проходит абсолютно безболезненно, так как используется местная анестезия. Непосредственная установка состоит из трех этапов:

-антисептическая обработка зоны будущего имплантата

-анестезия

- непосредственная установка ортодонтического минивинта в костную ткань.

В первые дни после операции врач назначает полоскание полости рта антисептическими растворами и даёт рекомендации по дальнейшему уходу.

Ортодонтические минивинты фиксируются неглубоко в костную ткань не на пути планируемого перемещения зубов.

После того как минивинт выполнил свою функцию, он удаляется, не оставляя после себя никаких повреждений.

Длительность операции: от 15 до 45 минут

Возможные риски (неблагоприятные последствия):

1. Травматизация корня зуба при неправильной установке ортоимплантата .Во избежании этого перед установкой врач тщательно изучает компьютерную томограмму пациента и планирует постановку минивинта
2. Дестабилизация (расшатывание) минивинта может произойти из-за особенностей строения костной ткани или быть результатом неправильной постановки. В таких случаях доктор извлекает имплантат и выбирает более приемлемое место для установки.
3. Травматизация слизистой оболочки полости рта, которая окружает конструкцию. Если после назначенного лечения воспаление слизистой не проходит, то винт переустанавливают или предлагают другой вид лечения без использования ортодонтического минивинта
4. Возможно образование пародонтального абсцесса в области околостоящего зуба.
5. Боль при жевании, проходящая через 2-3 дня после операции

Преимущества ортодонтического минивинта:

1.Минимальное время установки.

2.Прочная фиксация

3.Минимум противопаказаний

4.Не мешают глотанию,дыханию,речи

5.Позволяют выравнивать прикус без удаления зубов.

Ортодонтические минивинты могут решить практически любую ортодонтическую задачу:

- открытие ,закрытие промежутков между зубами

-коррекция мезиального, дистального, открытого ,глубокого прикуса

-вытяжение ретенированных(непрорезанных) зубов.

-дистализация зубного ряда.

Противопоказания для установки ортодонтических винтов:

-острая стадия гингивита

-заболевания пародонта

-множественный кариес

-индивидуальная непереносимость металла

-остеопороз

-сахарный диабет

-онкопатология

-нарушение свертываемости крови при соматических заболеваниях

-психические заболевания

Альтернативный метод:

-удаление зубов

Комбинированное ортодонтохирургическое лечение (ортогнатическая хирургия)

-отказ от ортодонтического лечения

Предполагаемые результаты:

-коррекция наклонов окклюзионной плоскости

-коррекция ширины и формы зубного ряда

-коррекция положения отдельных зубов.

Я, _____

даю согласие на стоматологическую операцию «установка ортодонтического минивинта»

врачом _____

Биологические особенности организма, вредные привычки пациента и их возможное влияние на результат лечения: _____

_____

Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы либо части текста отсутствуют.

Я понимаю цель и назначение описанной манипуляции, а также цель и смысл рекомендаций и назначений врача. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и ясные мне по содержанию разъяснения.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются вероятными объективными неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала.

Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат манипуляции. Я понимаю также, что прогноз об исходе заболевания (состояния) дается врачом исходя из собственного врачебного опыта и данных медицинской статистики, при этом я, как конкретный пациент в конкретной ситуации лечения, не являюсь усредненной статистической единицей.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я подтверждаю, что Исполнителем мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства согласно поставленному мне диагнозу.

Я понимаю, что факт моего согласия на медицинское вмешательство влечет соответствующие юридические последствия. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.

Я подписываю настоящий документ, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой и доступной для понимания информацией для принятия решения.

Подпись пациента:

_____

ФИО _____

«_____»_____20_____г.

Подпись ортодонта:

_____

ФИО _____

.

Подпись врача-хирурга:

ФИО_____

_____

«_____»_____202__