

## Информированное согласие пациента на установку ортодонтических мини-винтов

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" " \_\_\_\_\_ г.р.  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

даю информированное добровольное согласие и признаю, что план ортодонтического лечения с использованием мини-винтов помогает осуществить необходимое перемещение моих зубов в нужном направлении, как это было объяснено мне доктором \_\_\_\_\_.

Я понимаю, что врач-ортодонт будет использовать эти мини-винты для создания дополнительной опоры, потому что количество и особенности положения моих зубов препятствует их эффективному ортодонтическому перемещению. Мне подробно и понятно предоставлена информация об особенностях данного метода ортодонтического лечения. Используя мини-винты, ортодонт может создать дополнительные опоры в наиболее выгодных точках челюсти, чтобы облегчить и ускорить перемещение зубов. С помощью специальных приспособлений (пружин, цепочек, резинок) мини-винты соединяются с ортодонтической конструкцией или даже отдельными зубами и «тянут» их на себя. При этом искусственные опоры никуда не смещаются. С костной тканью мини-винты не срастаются, поэтому в конце лечения их можно без труда удалить.

Мне разъяснили, что, возможно, потребуется установка от 1го до 4х мини-винтов, а также, что хирург-стоматолог будет располагать их в надлежащем положении или в области нёба, или между моими зубами на верхней и/или нижней челюстях и показали схематично, как будет выглядеть эта процедура.

Мне разъяснено, что установка мини-винтов будет проведена с использованием местной анестезии и о возможных осложнениях после операции в виде временного появления боли, отеков в области установки мини-винта, онемения губ, языка, подбородка или зубов, ограниченности при движении челюстей.

Я проинформирован о причинах, по которым иногда процесс установки мини-винтов терпит неудачу, и я понимаю, что успешный результат процедуры по установке мини-винтов не гарантируется. Мне понятно, что привыкание к съемной ортодонтической конструкции (мини-винтам) требует терпения и времени (2-4 недели). При этом мне понятно, что деньги, уплаченные мной как за установку, так и за мини-винты, к которым пациент не смог привыкнуть, а также в случае их отторжения в силу индивидуальных особенностей, возврату не подлежат. Отторгнутый мини-винт, если он не утерян, может быть переустановлен повторно. При утере отторгнутого мини-винта, установка нового мини-винта будет производиться повторно за счет пациента.

Я понимаю, что некоторые из рисков, которые могут произойти, включают:

1. Инфицирование участка, где был размещен мини-винт.
2. Поломка мини-винта.
3. Излишняя подвижность мини-винта.
4. Возможное повреждение корней соседних зубов во время установки мини-винта.

мини-винта.

Мне подробно разъяснены обязанности пациента в ретенционном периоде:

- необходимо осуществлять тщательную гигиену полости рта с использованием зубных щеток, ершиков и суперфлосса (специальной зубной нити). При несоблюдении правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба и в этом случае врач-ортодонт оставляет за собой право принятия

решения о досрочном снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения без возврата уплаченных средств за проведенный объем лечения;

- один раз в шесть месяцев следует проводить профессиональную гигиену полости рта;
- каждый день необходимо обращать внимание на целостность мини-винтов;
- своевременно посещать врача-ортодонта в установленные им дни;
- во всех случаях проявления вышеуказанных рисков следует незамедлительно записаться на прием к врачу-ортодонт. В противном случае, вследствие несвоевременного посещения врача-ортодонта может произойти рецидив и смещение зубного ряда. В этом случае врач не может нести ответственность за стабильность результата лечения.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы, и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Вопрос:

Ответ:

\_\_\_\_\_

Вопрос: \_\_\_\_\_

Ответ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.