

МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР
ТОВ «МЕРЕЖА ЕСТЕТИЧНИХ КЛІНІК
«АКУЛА»»

Медична карта №

--

Інформована згода
на проведення ортодонтичного лікування
/ виправлення недоліків зубного ряду за допомогою елайнерів /

Я, _____

цим підтверджую факт надання усвідомленої згоди на проведення ортодонтичного лікування (виправлення недоліків зубного ряду і корекція патології прикусу) за допомогою знімних конструкцій - елайнерів:

мені особисто

моїй малолітній дитині _____, _____ р.н.

Діагноз (заповнюється лікарем): _____

Лікування буде проводити **лікар-стоматолог-ортодонт** _____

В мене немає недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації та намірів лікуючого лікаря.

Своїм підписом я підтверджую, що до початку лікування мені в повністю зрозумілому та доступному вигляді була надана інформація про стан здоров'я моїх (моєї дитини) зубів та ротової порожнини, поставленого діагнозу, можливого прогнозу, найбільш ефективних методів виправлення недоліків зубного ряду, етапів ортодонтичного лікування, а також ризиків і ускладнень запланованих медичних втручань.

Я повністю зрозумів (ла) мету та характер медичних втручань, їх лікувальний та естетичний ефект. Я мав (ла) можливість поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні, зрозумілі для мене відповіді.

Лікар повідомив мене про наступне:

1. Елайнери – це знімна конструкція, що складається з прозорих міцних зубних кап та покриває всю поверхню зубів. Елайнери мають невеликий тиск на зуби, що призводить до їх поступового вирівнювання, та допомагають справитися зі збільшеними міжзубними проміжками – тремами та діастемами, виправляють невелику скученість зубів, нескладні порушення прикусу. Також елайнери можуть бути корисні у ситуації, коли необхідно змістити окремі зуби, долікувати або закріпити результат носіння брекетів.
2. Перевагами використання елайнерів є:
 - прозорість та непомітність на зубах, вони не порушують естетичний вигляд;
 - виготовлення з гіпоалергенного матеріалу, що не викликає подразнень і алергічних реакцій;
 - відсутність значного дискомфорту, больових відчуттів, звикання протягом короткого часу (1-2 дні носіння);
 - відсутність труднощів при догляді за ротовою порожниною;
 - не викликають ніяких дефектів мовлення;
 - виключені можливі травми язика, губ і слизової щік;
 - допомагають уникнути пошкодження емалі на зубах, що знижує ймовірність розвитку карієсу;
 - процедуру лікування можна поєднувати з відбілюванням і зміцненням емалі;
 - застосування кап в дитячому віці абсолютно безпечно.
3. Недоліки при використанні елайнерів:
 - елайнери дозволяється носити лише на здорових зубах і при відсутності будь-яких патологій ясен;
 - не застосовуються в тому випадку, коли у пацієнта відсутні зуби або їх необхідно видалити;
 - не дозволяють виправити складні випадки порушення прикусу і зубного ряду;
 - не вдається вирівняти зуби при повороті їх навколо своєї осі;
 - можуть порушити лікування у дітей, оскільки складно контролювати, коли діти їх знімають.
4. Вирівнювання зубів за допомогою елайнерів можна розділити на кілька етапів:
 - вивчення особливості ротової порожнини і збір даних про прикус пацієнта;
 - проведення рентген-діагностики, замірів, фотографування та зняття зліпків зубного ряду щелепи;

- виготовлення гіпсової моделі та готової конструкції індивідуально для кожного пацієнта;
 - установка першої капи пацієнту при відвідуванні лікаря та видача інших наборів кап. При проведенні лікування при необхідності пацієнтом проводиться самостійна заміна комплектів кап згідно з інструкціями лікаря;
 - періодичні відвідування лікаря для контролю лікування і заміни (за потребою) капи. Зуби поступово змінюватимуть своє положення від однієї до іншої капи, досягаючи очікуваного результату згідно з планом лікування. Остання пара кап служить для закріплення отриманого результату.
5. Весь процес лікування може тривати від декількох місяців до 2-х років, залежно від складності клінічного випадку та ступеню відповідальності пацієнта по відношенню до процесу лікування.
6. Альтернативними методами лікування є:
- ортопедичне лікування після досягнення певного віку незнімними / знімними конструкціями протезів;
 - відсутність лікування взагалі.
7. Можливі негативні наслідки у випадку повної або часткової відмови від рекомендованого плану лікування:
- прогресування зубощелепної деформації;
 - виникнення або погіршення захворювань пародонту;
 - погіршення естетики, порушення функцій мови;
 - швидка втрата зубів у майбутньому від перевантаження при жуванні;
 - захворювання жувальних м'язів та скоренево-нижщелепового суглобу;
 - невротії, захворювання слинних залоз.
8. Можливі ускладнення під час ортодонтчного лікування внаслідок причин, що не залежать від лікаря:
- виникнення або загострення захворювань ясен, пародонту;
 - резорбція кореня зубу при недотриманні рекомендацій лікаря та графіку відвідувань;
 - зміни у стані скронево-нижньощелепового суглобу (поява болю, хрусту в суглобах, головного болю);
 - можлива нестабільність результату як наслідок недотримання правил користування ретенційними апаратами, а також біологічної особливості стану тканин ротової порожнини.

Зі мною узгоджені:

1. Індивідуальний рекомендований план ортодонтчного лікування та підготовка до нього. Мене також повідомлено про можливість уточнення діагнозу та плану лікування в процесі лікування.
2. Методи та матеріали, що будуть використовуватися в процесі лікування. Я погоджуюся з тим, що технології ортодонтчного лікування можуть коригуватися в залежності від ситуації, що склалася в процесі його проведення (особливості росту та розвитку зубо-щелепової системи у дітей та підлітків, зміна загального стану здоров'я, вагітність тощо), про що лікар повідомить мене додатково. Я дозволяю здійснювати компромісні зміни дизайну та матеріалів, якщо вони будуть зроблені для мого власного блага.
3. Строки проведення лікування. Можуть бути продовжені у випадку нерегулярного відвідування, невиконання рекомендацій лікаря або через біологічні особливості стану тканин ротової порожнини.
4. Вартість окремих етапів та лікування в цілому. Я розумію, що під час та після лікування стан здоров'я може змінюватися, тому, за розсудом лікаря, для досягнення сприятливого результату може бути призначена додаткова чи альтернативна терапія. Про зміни вартості лікування лікар повідомить мене додатково.

Я зобов'язуюсь дотримуватись наступних правил при використанні елайнерів мною / моєю дитиною:

- використовувати елайнери практично цілодобово з невеликими перервами (не більше 4-х годин на добу) на гігієну та прийом їжі;
- використовувати кожен комплект кап протягом зазначеного лікарем часу;
- пунктуально за графіком відвідувати лікаря для перевірки ефективності курсу лікування. За необхідності лікар буде видавати мені наступний комплект кап, і я буду продовжувати курс лікування так, як мені призначили;
- стежити за гігієною порожнини рота і за станом своїх кап для запобігання виникненню запалень ясен, які уповільнюють курс лікування;
- мити капи холодною водою (для запобігання деформації), використовуючи нейтральні мийні засоби;
- зберігати капи в спеціальному контейнері, що видав лікар, щоб запобігти їх втраті або поломці;
- при розміщенні в роті спочатку встановити капу на моляри та лише потім на різці;
- при вийманні з рота спочатку зняти капу в області задніх молярів і потім з зони фронтальних зубів, при цьому дотримуватись обережності та не перегинати елайнер, щоб випадково не зламати його;
- виконувати спеціальні вправи для тренування жування без сильного натискання з апаратом в роті.

Я повністю усвідомлюю та погоджуюсь з наступним:

1. Після встановлення елайнерів в роті можливе виникнення відчуття дискомфорту, що не є ускладненням та є природним наслідком тиску, що чиниться капою на зуби.

2. Умовою ефективного лікування є виконання плану індивідуальних профілактичних заходів, що рекомендовані лікарем.
3. Хоча ортодонтичне лікування за допомогою елайнерів має значний відсоток клінічного успіху, проте воно є втручанням в біологічну систему організму і тому лікар не може передбачити точний результат запланованого лікування навіть при ідеальному виконанні всіх етапів, а мені не можуть бути надані стовідсоткові гарантії успіху лікування. Як негативний прогноз іноді можливе часткове зміщення зубів (відновлення деформації зубного ряду).
4. У випадку відмови від завершення лікування в Центрі лікар не несе відповідальності за подальші результати лікування.
5. Я даю згоду на фотографування та/або відеозйомку обличчя та ротової порожнини до, під час та після лікування. Я розумію, що це необхідно для здійснення діагностично-лікувального процесу та контролю перебігу захворювання. Ці матеріали та медична карта є власністю Центру та можуть бути опубліковані в медичній літературі або продемонстровані для медичного навчання без ідентифікації особистості.
6. Я даю згоду на обробку та внесення до локальної інформаційної системи Центру персональних даних (моїх та дитини), у т.ч. щодо стану здоров'я, діагнозів, призначеного лікування, його перебігу.

Текст цього документу мною прочитано та своїм підписом я повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено. Я розумію, що ця згода є юридичним документом і тягне для мене правові наслідки.