

**МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР  
ТОВ «МЕРЕЖА ЕСТЕТИЧНИХ КЛІНІК  
«АКУЛА»»**

Медична карта №

**Інформована згода  
на проведення ортодонтичного лікування  
/ виправлення недоліків зубного ряду за допомогою знімної або незнімної  
ортодонтичної конструкції /**

Я, \_\_\_\_\_

цим підтверджую факт надання усвідомленої згоди на проведення ортодонтичного лікування - виправлення недоліків зубного ряду за допомогою знімної або незнімної ортодонтичної конструкції:

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.

Своім 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.

Я розумію, що **ортодонтичне лікування для виправлення недоліків зубного ряду** – це складний і тривалий вид стоматологічного втручання, що складається з 3-х основних етапів:

*1. Підготовчий період:*

Проводиться рентген-діагностика, зняття відбитків та виготовлення діагностичних моделей. Встановлюються сепараційні кільця на строк від 7-ми до 10-ти днів для наступного встановлення бандажних кілець (спеціальні пристрої для збільшення проміжків у зубному ряду).

*2. Період активного лікування:*

В основі лікування – встановлення спеціальної незнімної (брекет-система) або знімної (елайнери тощо) ортодонтичної конструкції з наступними плановими корекціями зубного ряду. Тривалість лікування від 12-ти місяців до 2,5 років.

*3. Період ретенції:*

Ретенційний апарат (ретенер) фіксується на зубах безпосередньо після зняття ортодонтичної апаратури для фіксації отриманого результату до моменту повної морфологічної і функціональної перебудови, щоб уникнути переміщення зубів в початкове положення. Використовуються спеціальні знімні або незнімні ретеннери на верхню та нижню щелепу. Тип ретенційних апаратів підбирається лікарем індивідуально.

Час ретенції індивідуальний для кожного пацієнта та триває, як мінімум, близько 2-х років. Точні терміни визначаються лікуючим лікарем. В залежності від віку пацієнта та складності початкової ситуації можлива необхідність пожиттєвого утримування досягнутого результату ортодонтичного лікування. Одним із різновидів незнімного пожиттєвого ретенційного апарату може бути також шинування в ділянці переміщених зубів.

Після завершення періоду ретенції впродовж 1-2 років необхідний періодичний (1 раз на 2-3 місяці) огляд лікарем для контролю стану зубів.

**Лікар також повідомив мене про наступне:**

1. Альтернативними методами лікування є:

- ортопедичне лікування після досягнення певного віку незнімними / знімними конструкціями протезів;
- відсутність лікування взагалі.

2. 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.
3. Можливі ускладнення під час ортодонтичного лікування внаслідок причин, що не залежать від лікаря:
  - карієс та декальцинація емалі зубів в разі недотримання належної гігієни порожнини рота або генетичної схильності емалі до каріозного ураження;
  - виникнення або загострення захворювань ясен, пародонту;
  - резорбція кореня зуба при недотриманні рекомендацій лікаря та графіку відвідувань;
  - зміни у стані скронево-нижньощелепового суглобу (поява болю, хрусту в суглобах, головного болю);
  - можливість травматизації при необережному користуванні апаратом і недотримання рекомендацій;
  - 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 ортодонтичного 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 ортодонтичного 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 повністю усвідомлюю та погоджуюсь з наступним:**

1. Умовою ефективного лікування є виконання плану індивідуальних профілактичних заходів, що рекомендовані лікарем. Я погоджуюся виконувати всі рекомендації лікаря, у т.ч. щодо режиму та обмежень у харчуванні, догляду за зубами та конструкціями тощо.
2. На етапах проведення ортодонтичного лікування можливе виникнення відчуття дискомфорту та болі. Неприємні відчуття після фіксації ортодонтичного апарату не є ускладненням.
3. Хоча ортодонтичне лікування 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. Я погоджуюся на тип анестезії за вибором лікаря. Я проінформований (на) про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків. Я надав (ла) лікарю всю відому мені інформацію щодо наявних захворювань при заповненні анкети пацієнта та повідомив (ла) про всі алергічні реакції на медичні препарати, що мали місце. У випадку виникнення непередбачуваних ситуацій чи ускладнень під час медичних втручань я заздалегідь даю згоду на застосування всіх необхідних можливих заходів з їх усунення.
5. У випадку відмови від завершення лікування в Центрі лікар не несе відповідальності за подальші результати лікування.
6. 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.
7. 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.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ р.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
підпис

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
прізвище, ініціали пацієнта

*Згоду пацієнт прочитав і підписав у моїй присутності*

*Лікуючий лікар*

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*підпис*

*прізвище, ініціали лікаря*