



МЧУ «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «РАМБАМ»

127055, гор. Москва, ул. Образцова, д. 11, стр. 2, стр. 5

Тел.: +7(495) 663 23 55

e-mail: info@rimc-rambam.ru

www.rimc-rambam.ru

Лицензия на осуществление медицинской деятельности
№ ЛО-77-01-012493 от 14 июня 2016 г.

Информированное добровольное согласие на временное шинирование зубов

г. Москва

« ____ » _____ 20__ г.

Я, _____
(Ф.И.О. пациента)

*Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах
пациента действует его представитель*

Я, _____
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента _____

(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня (представляемого) заболевания _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> K05.1 Хронический гингивит | <input type="checkbox"/> K05.5 Другие болезни пародонта |
| <input type="checkbox"/> K05.3 Хронический пародонтит | <input type="checkbox"/> K05.6 Болезнь пародонта неуточненная |
| <input type="checkbox"/> K05.4 Пародонтоз | |

Я информирован(а) лечащим врачом о том, что вместе с консервативным методом пародонтологического лечения (информированное добровольное согласие, на которое было подписано мною ранее) мне (представляемому) рекомендовано провести временное шинирование зубов. Мне понятно, что временное шинирование – это медицинское вмешательство, которое своей целью имеет соединение в единый блок подвижных зубов для ограничения их подвижности с целью устранения перегрузки пародонта. Соединение зубов проводят леской, специальными армирующими лентами и шнурами, а так же специальными металлическими дугами, которые фиксируются к подвижным зубам пломбировочными композитными светоотверждаемыми материалами. При наличии промежутков между зубами их можно заполнить композитными пломбировочными материалами, наносимыми на шинирующую конструкцию.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирование заболевания, усиление подвижности зубов, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба(ов), системные проявления заболевания.

Так же возможно прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функций речи, развитие заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и желудочно-кишечного тракта.

Врач объяснил мне, и я понимаю, что шинирование зубов – временный этап лечения с целью сохранения зубов до протезирования или коррекции предыдущего плана лечения и сроки временного шинирования различны в зависимости от исходной степени подвижности зубов.

Я информирован(а), что альтернативными методами лечения является постоянное несъемное шинирующее протезирование коронками, вкладками, штифтовыми и колпачковыми конструкциями, а так же постоянное шинирующее протезирование съёмными ортопедическими конструкциями или отсутствие шинирования зубов вообще.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что хотя шинирование зубов имеют высокий процент клинического успеха, тем не менее, это биологическая процедура, а так же временная процедура и поэтому она не может иметь гарантии на успех. При временном шинировании зубов положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Так же я предупрежден(а) о том, что возможно изменение дикции и появление ощущения инородного тела в полости рта, поэтому необходимо время для привыкания пациента к шинирующей конструкции.

Врач объяснил мне, и я понимаю, что срок службы шины зависит от соблюдения мною тщательной индивидуальной гигиены, своевременного проведения профессиональной гигиены и профилактических осмотров у лечащего врача. Я ознакомлен с рекомендуемыми датами визитов к врачу. Контрольный осмотр и коррекцию шины необходимо проводить через 3 месяца после шинирования, профессиональную гигиену через 6 месяцев после шинирования. В последующее время необходимо каждые полгода проводить контрольный и профилактический осмотры лечащим врачом и гигиенистом.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:

- возможно окрашивание скрепляющего пломбирочного материала в результате курения или потребления пищевых продуктов и напитков, содержащих красящие вещества (чай, кофе, красное вино);
- в результате несоблюдения индивидуальной гигиены полости рта может развиваться воспаление десны в области зубов, скрепленных шиной;
- возможны сколы, переломы, деформация шинирующей конструкции. В случае поломки шины она легко реставрируется или делается заново.

Осложнением временного шинирования зубов является аллергическая реакция на материалы, содержащиеся в составе стекловолоконной ленты или шинирующих дуг.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после проведения временного шинирования зубов являются болевые ощущения в области вмешательства и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне (представляемому) необходимо обратиться в клинику Медицинское частное учреждение «Медицинский центр «Рамбам» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Так же я предупрежден о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом Медицинское частное учреждение «Медицинский центр «Рамбам».

Беседу провел врач _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства _____ (подпись)

Пациент (представитель пациента) отказался от проведения медицинского вмешательства _____ (подпись)