



## 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 ортопедическое лечение несъёмными протезами. (коронки и мостовидные конструкции)

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"/> <b>K00</b> Нарушения развития и прорезывания зубов               | <input type="checkbox"/> <b>K07</b> Челюстно-лицевые аномалии [включая аномалии прикуса]       |
| <input type="checkbox"/> <b>K01</b> Ретенированные и импактные зубы                       | <input type="checkbox"/> <b>K08</b> Другие изменения зубов и их опорного аппарата              |
| <input type="checkbox"/> <b>K02</b> Кариес зубов  | <input type="checkbox"/> <b>K09</b> Кисты области рта, не классифицированные в других рубриках |
| <input type="checkbox"/> <b>K03</b> Другие болезни твердых тканей зубов                   | <input type="checkbox"/> <b>K10</b> Другие болезни челюстей                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>K04</b> Болезни пульпы и периапикальных тканей                | <input type="checkbox"/> <b>K12</b> Стоматит и родственные поражения                           |
| <input type="checkbox"/> <b>K05</b> Гингивит и болезни парадонта                          |  |
| <input type="checkbox"/> <b>K06</b> Другие изменения десны и беззубого альвеолярного края |  |

**Мне разъяснено, что ортопедическое лечение несъемными конструкциями (коронки и мостовидные протезы) – это медицинское вмешательство, которое своей целью имеет восстановление анатомической целостности зубных рядов путем изготовления зубного протеза, обеспечивающего восстановление анатомической формы зуба с учетом его цвета и оттенков, а также адекватное распределение нагрузки за счет восстановления контактов с зубами-антагонистами.**

**Коронка стоматологическая** - ортопедическая конструкция, покрывающая коронковую часть зуба или имплантата или отдельно взятую часть поверхности зуба. Используется для восстановления дефектов зубов, которые не подлежат менее инвазивному лечению (пломба, вкладка), для изменения формы, положения (ротация, дистопия) и цвета зубов, а также для покрытия коронковой части зубного имплантата.

**Мостовидный протез** – это разновидность несъемных стоматологических протезов, применяется для замещения включенных дефектов зубных рядов. Он применяется в случаях, когда разрушено несколько идущих подряд зубов, поэтому такой протез может крепиться на отстоящие друг от друга здоровые зубы или зубные имплантаты.

**Мне разъяснено и понятно, что** зубные коронки и мосты могут изготавливаться из **различных материалов:**

1. Металлические: сплавы золота, нержавеющая сталь, титановые сплавы, кобальтохромовые сплавы (КХС), серебрянопалладиевые сплавы (СПС).
2. Неметаллические: керамические и пластмассовые.
3. Комбинированные (облицованные): металлокерамические и металлопластмассовые.

**и по различным технологиям, но этапность** данного вида протезирования почти всегда одинакова и выглядит следующим образом:

1. Врач делает оттиски для изготовления временных пластмассовых конструкций (они предназначены для создания временного эстетичного эффекта, для предотвращения разрастания десны, для предотвращения микроперемещения зубов, для сохранения окклюзионных контактов между зубными рядами, для комфорта пациента).
2. Врач обтачивает зубы по методике, соответствующей выбранной конструкции (виду коронки). Делает оттиск. Определяет правильное соотношение верхних и нижних зубов. Фиксирует временные коронки на временный цемент.
3. Оттиски или отлитые модели отправляются в зуботехническую лабораторию, где за несколько лабораторных этапов, чередующихся с примерками в кресле врача стоматолога-ортопеда, изготавливается готовая работа.
4. Изготовленные коронки и мосты припасовываются в полости рта, выверяется правильный и удобный для пациента контакт верхних и нижних зубов
5. Иногда готовые коронки и мосты фиксируются в полости рта на временный цемент (для привыкания пациента).
6. Коронки фиксируются на постоянный цемент.

**При протезировании на имплантатах** добавляются несколько предварительных этапов:

1. Установка трансфера в зубной имплантат и снятие оттиска.
2. Трансфер извлекается из полости рта и вкручивается в аналог имплантата, который в свою очередь устанавливается в оттиск, и вся конструкция вместе с заранее приобретенным батментом (наружная часть имплантата) отправляется в зуботехническую лабораторию.
3. В зуботехнической лаборатории, за несколько лабораторных этапов, чередующихся с примерками в кресле врача стоматолога-ортопеда, изготавливается готовая работа.
4. Готовая работа может иметь как цементную, так и винтовую фиксацию. Отверстия над винтами, в этом случае, могут быть запломбированы.

**Мне разъяснено, понятно, и я принимаю то, что** в случае, если ранее имплантат(ы) был(и) установлен(ы) в другой клинике, то ни врач, проводящий протезирование зубов на этом(их) имплантате(ах), ни клиника не могут нести никакой ответственности за эту произведенную ранее имплантацию, так как ни визуально, ни рентгенологически, ни иным способом невозможно обнаружить ВСЕ возможные дефекты таковой имплантации.

**Мне разъяснено и понятно, что** для предотвращения заболеваний пародонта, височно-нижнечелюстного сустава, сколов керамики, переломов протеза и многих других осложнений необходимо особо точное определение правильного контакта зубов-антагонистов при всех движениях нижней челюсти. Для этого бывает необходима ВЗАИМНАЯ пришлифовка верхних и нижних зубов, как своих, так и искусственных. В случае сильных зубочелюстных деформаций возможна настолько сильная пришлифовка зубов-антагонистов, что это может быть показанием к депульпированию этих зубов и покрытию их коронками.

**Я информирован(а), что** необходимо строго следовать этапам протезирования, строго соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза. Хотя предложенное протезирование поможет мне (**представляемому**) сохранить мое (**представляемого**) стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование, является своего рода вмешательством в биологический организм и как любое медицинское вмешательство не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном

выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому, через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

**Последствиями отказа от протезирования могут быть:** перелом зуба(ов), прогрессирование зубочелюстных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая потеря зубов, которые остались в наличии, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатологии.

**Я информирован(а), что альтернативными методами лечения** является восстановление разрушенного зуба пломбами (с укрепляющими штифтами и без), различного вида вкладками и накладками. Возможно восстановление утраченных зубов съемными, условно съемными и комбинированными протезами, а также отсутствие протезирования вообще.

**Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:** индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи. изменение внешнего вида лица и улыбки, фонетики, постепенное ослабление фиксации протезов, их деформация, перелом, трещины или скол облицовочного материала. Также возможна повышенная чувствительность зубов после их шлифовки.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов.

**Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после проведения ортопедического лечение несъемными протезами 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)