**Информированное добровольное согласие на снятие и/или трепанацию ортопедической конструкции**

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Мне, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом вмешательстве: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Снятие ортопедической конструкции – это нарушение целостности ортопедической конструкции с последующим ее частичным или полным удалением путем распиливания и сегментирования. Целью снятия является последующее лечение зуба или зубов, на которые она установлена; изготовление новой конструкции при стоматологическом лечении.

Трепанация ортопедической конструкции – это нарушение целостности ортопедической конструкции путем выпиливания отверстия для получения доступа к зубу, на который она установлена. Целью трепанации является последующее лечение зуба под ортопедической конструкцией; диагностические мероприятия.

Я ознакомлен(а) с планом лечебных и диагностических мероприятий, для которых необходимо снятие и/или трепанация ортопедической конструкции. Мне объяснили, что снятие и/или трепанация назначаются тогда, когда нет возможности убрать конструкцию без нарушения ее целостности.

Я осведомлен(а) с последствиями отказа от снятия и/или трепанации ортопедической конструкции: прогрессирование текущего заболевания зуба/зубов под ортопедической конструкцией, перелом зуба/зубов, прогрессирование заболеваний пародонта и периодонта, обострение хронических очагов инфекции в тканях, окружающих зуб.

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи.

Я предупрежден(а) о том, что после снятия ортопедических конструкций с зубов с интактной пульпой (т.е. зубов, в которых не «удаляли нерв») возможно развитие чувствительности и/или боли к температурным, химическим раздражителям, а также при дотрагивании до зуба.

При снятии и/или трепанации ортопедической конструкции гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я проинформировал врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на снятие и/или трепанацию ортопедической контрукции.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_