

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в ООО «КС«Эскулап»
на функциональный анализ (аксиография)**

*Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23
Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,
сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с
названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым
предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.*

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

" ____ " _____ г. рождения,

добровольно обращаюсь в клинику Исполнителя для проведения стоматологического лечения и даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с использованием программных и аппаратных методов анализа функции зубо-челюстной системы.

Я получил информацию о том, что аксиография - это метод инструментальной диагностики височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), при котором в результате движения нижней челюсти происходит графическая запись суставного пути относительно шарнирной оси (центра головки сустава). Данный метод используется в качестве комплексной диагностики для ортопедической, хирургической и ортодонтической коррекции прикуса у пациентов, в том числе у пациентов с дисфункцией ВНЧС.

Аксиографическое исследование представляет собой абсолютно безболезненный неинвазивный (внеротовой) способ анализа функционирования головки сустава и его элементов в процессе различных движений (открытие и закрытие рта, речь, жевание и т. д.). Для проведения данного вида исследования на голове у пациента закрепляется специальный аппарат – лицевая дуга, которая проводами соединяется с компьютером. По команде доктора пациент выполняет определенные движения нижней челюсти. Программа считывает малейшие движения нижней челюсти и определяет траекторию ее суставного пути с обеих сторон, скорость и характер движений. При выполнении заданных моделей движения электронная аппаратура снимает показания и на экране компьютера в трехмерной проекции моделируются движения нижней челюсти, головки и элементов сустава. При помощи аксиографического исследования врач может определить степень изношенности сустава и его элементов, а также индивидуально спланировать комплексную коррекцию прикуса на основе полученных объективных данных.

Результаты аксиографии позволяют изготавливать точные конструкции с учетом индивидуальных анатомических и физиологических особенностей пациента.

Аксиография является обязательной частью комплексного функционального обследования пациентов при диагностике и планировании комплексного ортодонтического и ортопедического лечения. Для лучшей и точной диагностики процедура аксиографии может быть записана врачом на видео.

Дополнительными методами обследования для установления точного диагноза в сочетании с аксиографией могут быть также МРТ височно-нижнечелюстного сустава, конусно-лучевая компьютерная томография, панорамная рентгенография, рентгеновский снимок черепа в боковой проекции (ТРГ) с расчетом необходимых врачу показателей, а также миография (измерение активности жевательных мышц в покое и при функционировании). Данные исследования могут назначаться врачом по показаниям в составе комплексного обследования, они не входят в процедуру аксиографии и оплачиваются дополнительно.

В доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и

о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, положении о гарантиях и сроках службы на овеществленные результаты оказанных услуг, о правилах использования установленных стоматологических конструкций.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение использовать труд любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я понимаю, что ожидаемый мною положительный результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответствующих стандартов и протоколов лечения. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка, удаление или замена стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Я разрешаю сообщать информацию о моем лечении лицам, его оплачивающим, близким родственникам, а также всем лицам, профессионально обязанным сохранять медицинскую тайну.

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

(Ф.И.О. пациента)

" _____ " _____ г.
(дата оформления)