

Приложение к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от « _____ » _____ 202__ г.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
в ООО «Центр нейростоматологии»
на функциональный анализ (электромиография)**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

" ____ " _____ г. рождения, добровольно обращаюсь в клинику Исполнителя для проведения диагностики и стоматологического лечения и даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с использованием программных и аппаратных методов анализа функции зубо-челюстной системы, жевательных и мимических мышц - электромиографию.

Я получил(а) информацию о том, что электромиография - это неинвазивный дополнительный метод инструментальной диагностики функции жевательных и мимических мышц, при котором в результате стимуляции мышц электрическими импульсами малой интенсивности происходит графическая запись и анализ полученных результатов при помощи компьютерного оборудования и соответствующего программного обеспечения. Электромиография жевательных и мимических мышц позволяет определить изменения функционального состояния мышц в фазе жевательного движения, а также при мимических нагрузках. Данный метод позволяет объективно оценивать степень выраженности патологического процесса при аномалиях окклюзии, протезировании зубов, при болевых синдромах челюстно-лицевой области и смежных областях и т.п. Данные, полученные в ходе исследования, являются объективными критериями оценки проведённого протезирования, ортодонтической коррекции, изменения высоты прикуса, позволяет выявить пограничные патологические процессы, которые впоследствии могут привести к развитию болевых синдромов челюстно-лицевой области. Данный метод может являться частью функционального анализа зубо-челюстной системы и используется в качестве комплексной диагностики для ортопедической, хирургической и ортодонтической коррекции прикуса у пациентов, в том числе у пациентов с дисфункцией ВНЧС.

Данное исследование представляет собой абсолютно безболезненный неинвазивный (внеротовой) способ анализа функционирования мышц в процессе различных движений (открывание и закрывание рта, речь, жевание и т. д.). Для проведения данного вида исследования на кожу лица в проекции исследуемой мышцы накладываются пластинчатые электроды для улавливания биопотенциалов, которые проводами соединяются с компьютером. По команде доктора пациент выполняет определенные движения нижней челюсти и мимические движения. Программа считывает малейшие сокращения мышц и их характер. Результатом электромиографии является электромиограмма, которая внешне напоминает кардиограмму. Существуют определенные нормативные рамки биоэлектрической активности мышц. Если показатели электромиограммы отличаются от этих норм – есть основания подозревать нервно-мышечную патологию. Однако, только на основании электромиограммы нельзя поставить конкретный диагноз, можно лишь уточнить место возникновения патологии, тяжесть поражения мышцы или нервного волокна и очертить круг возможных причин выявленного нарушения. Конкретный диагноз устанавливается на основании сопоставления результатов электромиографии с данными других видов исследования и анализа клинической картины в каждом конкретном случае.

Электромиография является обязательной частью комплексного функционального обследования пациентов при диагностике и планировании комплексного ортодонтического и ортопедического лечения. Для лучшей и точной диагностики процедура кондиографии может быть проведена неоднократно – до начала лечения, в процессе, при получении промежуточных и окончательных результатов.

Дополнительными методами обследования для установления точного диагноза в сочетании с электромиографией могут быть также кондиография, МРТ височно-нижнечелюстного сустава, конусно-лучевая компьютерная томография, панорамная рентгенография, рентгеновский снимок черепа в боковой проекции (ТРГ) с расчетом необходимых врачу показателей. Данные исследования могут назначаться врачом по показаниям в составе комплексного обследования, они не входят в процедуру электромиографии и оплачиваются дополнительно.

Проведение электромиографии противопоказано, если пациент пользуется кардиостимулятором, страдает психическими заболеваниями и расстройствами, которые влияют на уровень его самоконтроля, имеет

органическую патологию центральной нервной системы, болеет тяжелыми сердечно-сосудистыми заболеваниями, имеет кожные дефекты в месте предполагаемого размещения электродов.

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 N323-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)

" _____ " _____ 202 ____ г.
(дата оформления)