

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
«Комплексное лечение с использованием стоматологических имплантатов,
костнопластических и костнореконструктивных операций».**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем 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. пациента либо законного представителя пациента – полностью, год рождения)

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____
являюсь законным представителем _____
ФИО несовершеннолетнего пациента _____
_____, дата рождения Пациента: _____

даю согласие на проведение мне операции стоматологической имплантации (внутрикостных эндооссальных), стоматологических имплантатов, костнопластической, костнореконструктивной операции. Я информирован, что операция будет проводиться под местным обезболиванием и премедикацией. Во время операции в костную ткань альвеолярного отростка челюсти мне будут внедрены титановые конструкции (имплантаты).

Операция будет проведена по утвержденной методике, с использованием стоматологических имплантатов, костнопластических материалов в условиях поликлинической операционной.

Мне известны имеющиеся у меня заболевания полости рта, а также дефекты моего зубного ряда.

Мне объяснили возможность протезирования с применением имплантатов, а также другие альтернативные способы протезирования без применения имплантатов.

Мне известно, что зубной имплантат представляет собой металлическую конструкцию, изготовленную из металла титан, которую вживляют в костную ткань челюсти. Имплантат предназначен для зубов, а также в качестве дополнительной опоры для съемных протезов с целью восстановления жевательной функции и эстетики.

Мне разъяснено, что при малом объеме костной ткани имплантат не может быть установлен и для создания необходимого количества кости требуется дополнительные костнопластические и костнореконструктивные оперативные вмешательства. В этом случае операция по установке стоматологического имплантата может быть проведена не ранее 6-8 месяцев от момента проведения этих операций.

Меня предупредили, что количество в качестве вновь образованной костной ткани после костнопластических и костнореконструктивных оперативных вмешательств зависит от особенностей моего организма.

Я информирован(а), что во время операции врач может изменить ее план в зависимости от фактического состояния костной ткани.

Я информирован(а), что имплантаты в послеоперационном периоде могут вызывать реакцию отторжения, что приведет к их удалению.

Я информирован(а), что в случае отторжения имплантата в течении года с момента проведения операции мне может быть проведена повторная операция – бесплатно. В этом случае я должен(а) буду оплатить только стоимость самих имплантатов и костных материалов для повторной операции.

Мне известно, что после протезирования, возможно, будет видна шейка имплантата в виде полости блестящего металла.

Меня предупредили, что зубные протезы, изготовленные с применением имплантатов, не могут точно повторять анатомическую форму и положение ранее удаленных зубов.

Мне известно, что срок службы имплантатов ограничен и в зависимости от возраста, общего состояния здоровья, качества гигиенического ухода от вида имплантатов, составляет от 1 года до 10 лет.

Мне известно, что комплексное лечение с использованием имплантатов состоит из этапов:

1. клиническое обследование
2. подготовка полости рта – санация
3. лечение тканей пародонта
4. хирургическая операция (вживление металлической конструкции в костную ткань челюсти)
5. процесс укрепления имплантата от 3 до 6 месяцев
6. протезирование зубопротезной конструкции

7. обязательное ежегодное профилактическое обследование у врача стоматолога-хирурга-имплантолога
Меня предупредили об обязательном и своевременном прохождении все этапов и о том, что нарушение этого порядка может повлечь за собой вред здоровья.

Мне известно, что у меня имеется хроническое заболевание тканей пародонта, и что это является относительным противопоказанием к имплантации и сокращает срок службы имплантата.

Мне известно, что наличие заболеваний как бруксизм, лучевая терапия и вредные привычки (алкоголизм и курение) резко повышают риск неудачи имплантации.

Меня предварительно информировали о планируемом виде и количестве имплантатов.

Меня ознакомили с планом ортопедического лечения.

Мне известно, что при любом хирургическом вмешательстве неизбежно происходит причинение вынужденного вреда организму для предотвращения вреда от основного заболевания, а также причинение некоторых нравственных и физических страданий.

Меня предупредили, что в силу индивидуальных биологических особенностей человеческого организма существует определенный РИСК и возможность НЕПРЕДВИДЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.

Осложнения предполагают, но не ограничиваются следующим:

А) лицевая челюстная припухлость, возникновение гематомы и изменение цвета кожного покрова в области челюстей глаз и носа. Длительная, обычно несколько дней;

Б) болевые ощущения, которые могут сохраняться до нескольких недель;

В) некоторая потеря чувствительности или ощущение онемения в области подбородка, губ, десен, языка, зубов, которые могут продлиться от нескольких дней до нескольких месяцев. В редких случаях нарушение чувствительности или ощущение онемения могут приобрести стойкий характер;

Г) кровотечение в момент и после хирургического вмешательства;

Д) при обезболивании и индивидуальном расположении – повреждение нервно – сосудистого пучка;

Е) аллергическая реакция на медикаменты, обморок, анафилактическая реакция при проведении обезбоживания;

Ж) как и в случае любого хирургического вмешательства, существует опасность постоперационной инфекции.

Меня информировали о том, что операции по установке стоматологических имплантатов, а так же костнопластические и костнореконструктивные оперативные вмешательства заведомо связаны с риском и положительный результат зависит от состояния организма пациента, поэтому клиника не дает 100% гарантии положительного результата.

Я также ознакомлен(а) с тем, что в настоящее время имеющаяся техника имплантации, костнопластических и костнореконструктивных операций не может дать 100% гарантии успеха, и отказываюсь от предъявления каких – либо претензий к стоматологу-хирургу-имплантологу и клинике, которые будут использовать все свои знания и опыт для обеспечения успеха имплантации.

Я информирован(а), что при неблагоприятном исходе операции (отторжении или удалении имплантата или костнопластического материала) деньги, уплаченные мною за проведенное лечение и использованные материалы (имплантаты, костнопластические материалы) возврату не подлежат.

Я информирован(а) о среднем сроке службы имплантатов и среднестатистическом проценте их приживления, а так же о проценте положительных результатов при костнопластических и костнореконструктивных операциях.

Меня предупредили о том, что в ходе операции возможно выявление анатомических особенностей строения челюсти, в результате чего врач может изменить план операции либо прекратить операцию.

Мне известны осложнения, которые могут возникнуть в связи с проведением комплексного протезирования с использованием имплантатов:

- Подвижность зубопротезной конструкции с опорой на имплантат;
- Наличие боли;
- Прогрессирующая потеря твердых и мягких тканей вокруг имплантата;
- Воспаление (инфекция), кровоточивость, отечность десен вокруг шейки имплантата;
- Расшатывание имплантата;
- Оголение шейки имплантата;
- Переимплантит;
- Необходимость удаления имплантата.

Меня заранее предупредили, что указанные осложнения невозможно предвидеть и избежать, и клиника не несет ответственности за их наступление.

Я понимаю, что курение, приём алкоголя, употребление сахара, могут повлиять на заживление десны и снижают успех лечения. Я согласен выполнять рекомендации моего врача по приёму лекарственных препаратов в послеоперационном периоде, по уходу за полостью рта и регулярно приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в медицинской карте стоматологического больного).

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Я информирован(а) о необходимости в течении 24 часов после операции соблюдать полный покой: не работать и не управлять автомобилем, не жевать и не разговаривать; соблюдать щадящую (жидкую) диету и гигиену полости рта. Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение.

Я информирован о среднем сроке службы имплантатов и среднестатистическом проценте благоприятного исхода операции по установке имплантата.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на хирургическое лечение и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их не соблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я имел/а/ возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил/а/ удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне хирургической операции на предложенных условиях.

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

« ____ » _____ 20 ____ г.

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

Пациент согласился на медицинское вмешательство _____ (подпись)

Пациент отказался от медицинского вмешательства _____ (подпись)