

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
«Синус-лифтинг»**

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, _____,
(фамилия, имя, отчество пациента)

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологической клинике, предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, всех необходимых диагностических исследований и мероприятий, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины состояния полости рта и назначения предварительного плана лечения и для возможности врача согласовать этот план со мной. С прейскурантом ознакомлен.

Я проинформирован в необходимости в процессе выполнения плана лечения проведения хирургической операции по увеличению объема кости в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка верхней челюсти _____.

Я получила /а/ подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширения или отказ от запланированного объема).

Альтернативными методами лечения являются:

- отказ от имплантационного метода протезирования зубов верхней челюсти в пользу традиционного съемного и несъемного протезирования;
- использование принципиально иных видов имплантатов, не требующих операции синус-лифтинга, таких как внутрикостно-поднадкостничные, внутризубно-внутрикостные, внутрислизистые, субмукозные (подслизистые), поднадкостничные (субпериостальные);
- отсутствие лечения вообще.

Мне было разъяснены и мною поняты следующие возможные противопоказания к проведению операции синус-лифтинга:

Абсолютные противопоказания:	Относительные противопоказания:
<ul style="list-style-type: none">• декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы;• патология иммунной системы (красная волчанка, полимиозит, тяжелые инфекции, гипоплазия тимуса и паразитовидных желез);• заболевания костной системы, снижающие репарацию кости (врожденная остеопатия, остеонекроз, дисплазии);• заболевания эндокринной системы (гипофиз, патология надпочечников, тяжелые формы гипер- и гипотиреоза, гипер- и гипопаратиреоза);• болезни крови (лейкозы, талассемия, лимфогранулематоз, гемолитические анемии);• заболевания центральной и периферической нервной системы (шизофрения, паранойя, слабоумие, психозы, неврозы, алкоголизм и наркомания);• злокачественные опухоли;• туберкулез;• ВИЧ и венерические заболевания.• беременность.	<ul style="list-style-type: none">• неудовлетворительная гигиена полости рта;• предраковые заболевания полости рта;• прохождение пациентом курса химио- или радиотерапии;• курение;• занятие экстремальными и травматичными видами спорта;• наличие в анамнезе хирургических вмешательств в области синуса;• множественные перегородки пазухи;• наличие кист в области верхнечелюстных синусов или других патологических образований в области предполагаемой операции или в месте установки имплантатов;• слишком малое количество костной ткани между слизистой оболочкой полости рта и пазухой, что препятствует ее поднятию;• гайморит или другие хронические ЛОР-заболевания.

Последствием отказа от данной операции может быть невозможность установки дентальных имплантатов, в связи с чем придется выбирать иной способ протезирования зубов.

Операция заключается в проведении разреза и откидывания лоскута (десны), препарирования кости для осуществления доступа к полости пазухи, отслаивании слизистой пазухи, введение биопластических материалов и их фиксация различными методами (остеокодукторы, остеоиндукторы или собственная костная ткань), установки барьерной мембраны и ушивании раны. Для забора собственной костной ткани необходимы дополнительные

разрезы в полости рта и забор костных блоков или стружки с нижней или верхней челюсти. Имплантаты могут быть установлены одновременно с проведением операции наращивания кости в области пазухи.

Я соглашаюсь с тем, что после операции в области ее проведения могут быть болезненность и дискомфорт, отёк, гематомы (синяки), онемение языка, губ, подбородка, зубов, а также заложенность носа. Указанные симптомы в большинстве случаев исчезают самостоятельно через 5-10 дней после операции. В редких случаях полное исчезновение всех симптомов может произойти через 3 недели или больше.

Я соглашаюсь с тем, что при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях возникают нижеперечисленные осложнения:

- В процессе операции – кровотечение, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием, нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что иногда потребует отказаться от продолжения и выполнения данной операции;
- Нарушение целостности и воспалительные процессы в области верхнечелюстных (гайморовых) пазух, инфицирование операционной раны;
- Экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления;
- Отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем;
- Усугубление патологии височно-нижнечелюстного сустава при её наличии;
- Возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирование рубца;
- _____.

Я соглашаюсь с тем, что существует риск негативных последствий приёма анальгетиков и антибиотиков (при их назначении), в том числе аллергические реакции и нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я соглашаюсь с тем, что во время операции или лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата. Поэтому точная продолжительность оперативного вмешательства не может быть предсказана и может меняться, а дополнительные манипуляции могут потребовать дополнительной оплаты.

Я соглашаюсь с тем, что невозможно предсказать 100% наращивание костной ткани в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка в связи с различной способностью десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента, что может проявиться тем, что внедренный во время операции материал для наращивания кости утрачивается. Это может привести к необходимости следующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

Я обязуюсь выполнять все рекомендации врача до и после операции:

- Принимать назначенные лекарства;
- Соблюдать щадящую (жидкую) диету, не жевать и не разговаривать, не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течение 24 часов после операции или иного срока, определённого врачом;
- Не принимать алкоголя и наркотических средств;
- Соблюдать гигиену полости рта, а так же являться на профилактический осмотр в сроки установленные врачом.

Я соглашаюсь с тем, курение может осложнить заживление раны.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я соглашаюсь с тем, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.

Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Я проинформировал/а/ лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся заболеваниях. Я подтверждаю, что в Анкете назвал/а/ все известные имеющиеся у меня болезни. Я подтверждаю, что добросовестно ответил/а/ на все вопросы специалистов, не скрыв ни какой информации о состоянии своего здоровья.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован/а/ в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость лечения взимается в полном объеме.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил/а/ полную информацию о гарантийных обязательствах на лечение и условиях предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь прав на гарантию.

Гарантия на приживаемость костной ткани не осуществляется, при отторжении, клиника обязуется провести повторную операцию синуслифтинга при условии оплаты пациентом костного материала.

Я согласен и понимаю, что критерием оценки качества проведенной работы является достаточное количество костной ткани для имплантации в случае успешного приживления костной ткани.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован/а/ в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

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

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне хирургической операции на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно 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 даю согласие на медицинское вмешательство и лечение 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)