

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (дентальная имплантация).

Основание – Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым мне вариантом медицинского вмешательства и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Я, _____ (Ф.И.О. полностью), информирован(а) лечащим врачом-стоматологом о состоянии зубов и других органов челюстно-лицевой области. На момент моего обращения за медицинской помощью к врачу-стоматологу я получил(а) разъяснения по поводу поставленного диагноза. Мне даны полные разъяснения о характере заболевания, возможных неблагоприятных эффектах и осложнениях при отсутствии своевременного лечения. Мне предложен рекомендованный стоматологом план лечения.

Врач-стоматолог в понятной и доступной для меня форме сообщил мне о целях и методах операции по имплантации и других, связанных с ней, лечебных и хирургических манипуляциях (далее Имплантации); об основных этапах, принципах и технологиях Имплантации; возможных вариантах проведения Имплантации; о применяемых при Имплантации лекарственных средствах и материалах, медицинской технике и изделиях медицинского назначения; костных заменителях; биологических материалах; о рисках проведения указанной хирургической операции; последствиях и возможных осложнениях Имплантации; о предполагаемом результате Имплантации: приживление (остеоинтеграция) имплантата.

Врач-стоматолог в доступной форме объяснил мне, что при Имплантации **необходимо применение местной инъекционной анестезии** с целью сделать безболезненными указанные медицинские манипуляции. Без применения местной анестезии Имплантация невозможна. Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, который проинформировал меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Врач-стоматолог в понятной мне форме разъяснил, что применение местной анестезии в некоторых случаях может привести к аллергическим реакциям (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок и др.), к обмороку, коллапсу, травматизации сосудов и нервных окончаний, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами, и др.

Меня проинформировали о том, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Врач-стоматолог в понятной для меня форме объяснил, что **возможным риском при проведении Имплантации является отторжение установленного имплантата** с его последующим удалением.

Врач-стоматолог в понятной для меня форме объяснил, что **возможными последствиями Имплантации** являются: отёк мягких тканей, повышение температуры тела и наличие общих симптомов интоксикации, ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов, болевые ощущения в послеоперационный период, аллергические реакции, невропатия (парестезия); также возможно развитие следующих осложнений: вследствие близости верхушек корней верхних резцов к дну носовой полости, верхних моляров, премоляров и реже клыков к верхнечелюстной пазухе, возможно, их прободение; при перфорации дна гайморовой пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области; верхушки корней нижних премоляров прилежат к подбородочному отверстию и возможное повреждение выходящего из него сосудисто-нервного пучка влечет за собой риск развития кровотечения или невропатии (парестезии); возможность расхождения швов в послеоперационном периоде; возможные осложнения вследствие уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области.

Врач-стоматолог в понятной для меня форме объяснил, что **срок заживления после Имплантации составляет от 2 до 6 месяцев**, и только после этого на установленном имплантате может быть изготовлена ортопедическая конструкция.

Врач-стоматолог в понятной для меня форме объяснил мне, что **способность заживления мягких тканей, а также адаптация имплантата в кости зависит от защитных сил и состояния моего организма** и что курение, прием алкоголя, наличие повышенного содержания сахара в крови и другие факторы могут повлиять на процесс заживления и достижения предполагаемого результата лечения.

Врач-стоматолог в понятной для меня форме объяснил мне, что **последствиями отказа от Имплантации** являются: атрофия костной ткани; деформация зубных рядов; воспаление десны; подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления; возникновение патологии

височно-нижнечелюстного сустава; головные боли, иррадиирующие боли в шею и в мышцы лица; утомляемость жевательных мышц и др.

Врач-стоматолог выдал мне предоперационные и послеоперационные рекомендации в письменном виде; в понятной форме объяснил мне о необходимости осуществления рентгенологического обследования в ходе операции и для контроля результатов; необходимости дополнительных методов диагностики (анализа крови, консультации других врачей-специалистов), **необходимости точного выполнения всех назначений и рекомендаций врача**, включая рекомендации по уходу за полостью рта, приему лекарственных средств и отсутствию физических нагрузок; обязательной явки к врачу в назначенный день в послеоперационный период для осмотров; **необходимости проведения контрольных осмотров** по графику, рекомендованном врачом; проведения профессиональной гигиены полости рта не реже, чем 1 раз в 6 месяцев.

Врач-стоматолог в доступной мне форме объяснил о возможных осложнениях при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Врач-стоматолог в понятной для меня форме объяснил, что **в процессе Имплантации возможны изменения** относительно предварительного плана лечения; объемов, сроков, методик и стоимости Имплантации; используемых изделий медицинского назначения, лекарственных средствах и материалах; порядка и этапов осуществления Имплантации по объективным, не зависящим от врача-стоматолога обстоятельствам. В случае установления указанных обстоятельств, врач-стоматолог в понятной и доступной мне форме согласует со мной все изменения.

Врач-стоматолог в понятной для меня форме объяснил, что, исходя из уровня современной медицины, среднестатистического процента удачных/неудачных Имплантаций и уникальных особенностей каждого организма, никто не может предсказать абсолютно точный результат Имплантации и вероятность возникновения нежелательных явлений и осложнений, и **конкретный результат Имплантации не гарантирован**.

Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантированно проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Врач-стоматолог в понятной для меня форме объяснил, что **альтернативой Имплантации являются съёмное или несъёмное протезирование мостовидными протезами** (при наличии показаний).

Рассмотрев и обсудив с врачом предложенные альтернативные варианты и возможные исходы Имплантации, задав все интересующие вопросы и получив понятные и мотивированные ответы, я выбираю именно Имплантацию для дальнейшего лечения.

Я получил(а) полную информацию о гарантийных обязательствах на имплантацию, ортопедическое лечение и зубные протезы, об условиях предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь прав на гарантию («Положение о гарантиях при оказании стоматологических услуг в ООО «Птичка Тари»).

Я разрешаю проведение фото- и видеосъёмки при необходимости для правильной постановки диагноза, составления рекомендованного плана лечения, а также для оценки результатов лечения по его окончании.

Я даю свое согласие на использование информации и описания моего клинического случая, фотографий зубов и полости рта, рентгеновских снимков в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, без указания моего имени и фамилии.

Текст информационного добровольного согласия прочитан мною лично. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

Своей собственноручно выполненной подписью подтверждаю информированное добровольное согласие на вышеуказанное медицинское вмешательство.

(подпись пациента)

(Ф.И.О. пациента полностью)

(подпись врача)

(Ф.И.О. врача полностью)

_____ 20__ г.
(дата)