

**Общество с ограниченной ответственностью  
«Вита-Дент»**

**Информированное добровольное согласие пациента на стоматологическое хирургическое вмешательство: ОПЕРАЦИЯ ИМПЛАНТАЦИЯ, ОПЕРАЦИЯ ОСТЕОПЛАСТИКА, ОПЕРАЦИЯ СИНУС-ЛИФТИНГ.**

На основании ст. 20 Федерального Закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

согласно моей воле уполномочиваю врача провести операцию дентальной имплантации, костнопластической, костнореконструктивной операции.

Я обязуюсь выполнять все назначения врача до и после операции:

А) принимать назначенные лекарства до и после операции;

Б) соблюдать гигиену полости рта;

В) не управлять транспортным средством после операции в течение срока, определенного врачом, не проводить работу, связанную с физической нагрузкой;

Г) не принимать алкоголь, не курить, не принимать наркотических средств;

Д) являться на контрольный осмотр по назначению лечащего врача.

Я информирован (а) о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, недостатках и риске дентальной имплантации. Мне известны имеющиеся у меня заболевания полости рта, а также дефекты моего зубного ряда, заболевания других органов и систем моего организма. Во время операции в костную ткань альвеолярного отростка верхней челюсти или альвеолярной части тела нижней челюсти мне будут внедрены титановые конструкции (имплантаты), а при костнопластической или костнореконструктивной операции костный материал искусственного или натурального характера. Операция будет проведена согласно клиническим рекомендациям (протоколам лечения) Утверждены Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, с использованием сертифицированных имплантатов, костнопластических материалов в условиях поликлинической операционной.

Мне известно, что имплантат представляет собой металлическую конструкцию, изготовленную из металла титан, которую вживляют в ткань челюсти. Имплантат предназначен для замещения 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 костной ткани требуются 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 и качество вновь образованной костной ткани после костнопластических или костнореконструктивных оперативных вмешательств индивидуально и зависит от особенностей (потенциальных возможностей роста костного регенерата – новой кости) моего организма.

Я информирован (а), что имплантаты и костнопластический материал, а также использование тромбоцитарного сгустка в послеоперационном периоде могут вызвать реакцию отторжения, что приведет к их удалению, в связи с чем, потребуется дополнительное лечение (хирургическое).

Я информирован (а), что в случае отторжения имплантата в течении года с момента проведения операции мне может быть проведена повторная операция бесплатно.

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

- клиническое обследование;

- подготовка полости рта – санация (терапевтическая, хирургическая);

- лечение тканей пародонта;

- хирургическая операция (установка имплантата в костную ткань, костнопластическое и костнореконструктивное оперативное вмешательство);

- процесс интеграции имплантата (укрепления) от 3 до 6 месяцев;

- протезирование: изготовление конструкции с опорой на имплантаты;

- ежегодное профилактическое обследование с контрольным рентгеновским обследованием;

- профессиональная гигиена полости рта 1-2 раза в год (на весь срок функционирования имплантатов).

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

Мне известно, что наличие таких заболеваний как бруксизм, а также лучевая или химиотерапия и вредные привычки (алкоголизм и курение) резко повышают риск неудачи имплантации.

Меня предварительно проинформировали о планируемом виде и количестве имплантатов.

Я осведомлен (а), что операция будет проводиться под местной анестезией. Мне разъяснено, что применение ее может привести к аллергическим, сосудистым реакциям организма: обмороку, анафилактическому шоку,

снижению чувствительности, онемениям, невралгическими болям, отеку Квинке, коллапсу и постинъекционным гематомам (отекам и «синяками»). Выбор анестезиологического пособия доверяю лечащему врачу, информировавшему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии. Я проинформировал(а) доктора о всех случаях аллергии в прошлом и настоящее время, и предупрежден(а) о возможности аллергии на некоторые стоматологические материалы.

Я также информирован(а) о возможных осложнениях, которые могут возникнуть в ходе операционного вмешательства вследствие особенностей анатомического строения организма, но не ограничиваются этим: лицевая и челюстная припухлость, возникновение гематомы и изменение цвета кожных покровов в области челюстей, глаз и носа, на верхней челюсти - перфорацией верхнечелюстной пазухи, полости носа, нижней челюсти - повреждением нижнего альвеолярного нерва с нарушением чувствительности щек, подбородка, губ, крыла носа, десен, зубов и языка. Кровотечение в момент и после хирургического вмешательства.

Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть выявлена необходимость в расширении, изменении или отказе от запланированного плана лечения, в результате чего врач может изменить план операции, либо прекратить операцию. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я предупрежден(а), что возникновение непредвиденных осложнений может привести к изменению диагноза, основного плана, сроков и стоимости лечения.

Я предупрежден(а), что после операции дентальной имплантации могут быть боли в челюсти, отек мягких тканей, возникновение гематомы и изменение цвета кожных покровов в области челюстей, глаз и носа, длящиеся обычно несколько дней, болевые ощущения, которые могут сохраняться до нескольких недель, ограничение открывания рта, трещины и/или отек тканей в области углов рта, нарушение чувствительности щек, подбородка, губ, крыла носа, десен, зубов и языка, которые могут продлиться от нескольких дней до нескольких месяцев. В редких случаях нарушение чувствительности или ощущение онемения могут приобрести стойкий характер, аллергические и другие реакции на применяемые медикаменты и др., что потребует соблюдения домашнего режима и выполнения рекомендаций врача. Как и в случае любого хирургического вмешательства, существует опасность постоперационной инфекции.

Мне были объяснены все возможные исходы, риски и последствия проводимого лечения. Я осведомлен(а) о возможных ожидаемых расходах за планируемое лечение и дополнительных издержках в процессе данного лечения, с прейскурантом цен Учреждения ознакомлен(а). Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы о дентальной имплантации и получил(а) на них исчерпывающие ответы врача. Мне ясна важность передачи мной точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также выполнения всех полученных от врача рекомендаций и назначений, касающихся лечения, необходимости немедленного сообщения врачу при ухудшении самочувствия, соблюдения гигиены полости рта и визитов к врачам для профилактических осмотров в указанные ими сроки, согласования с врачом приема любых не прописанных им лекарственных препаратов. Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество лечения, повлечь за собой невозможность его завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Меня информировали о том, что операция по установке дентальных имплантатов, а также костнопластические и костнореконструктивные оперативные вмешательства заведомо связаны с риском и положительный результат зависит от состояния организма пациента, поэтому Учреждение не дает 100% гарантии положительного результата.

Я не возражаю, если во время процедур будет осуществляться фото- и видео- макросъемка для медицинских целей.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения без применения имплантатов, а также об их примерной стоимости.

Я принимаю решение о лечении на предложенных мне условиях и даю согласие на проведение операции дентальной имплантации.

**Вся информация, изложенная выше, прочитана и изучена в полном объеме, понятна и осмысленна.**

**Я также, заявляю, что я достаточно хорошо владею устным и письменным русским языком для понимания вышеупомянутого.**

**Я добровольно и осознанно даю свое согласие на проведение:**

**1.Операции стоматологическая имплантация.**

**2.Операции костная пластика или костнореконструктивная операция на вышеназванных условиях.**

Подпись врача \_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_ ✓

« \_\_\_\_\_ »

« \_\_\_\_\_ »