Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (операция установки дентальных имплантатов, костная и мягкотканная пластика)

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст.20 ФЗ от 21 ноября 2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я пациент(ка),_____ даю информированное добровольное согласие на операцию установки дентальных имплантатов, костную и мягкотканную пластику в ООО «СТЕП ТУ ДЕНТ» .

Я проинформирован(а) о поставленном после обследования диагнозе и необходимости проведения хирургической операции по установке дентальных имплантатов, костной и мягкотканной пластики.

Я информирован (а), что операция будет проводиться под местным обезболиванием. Во время операции в костную ткань челюсти мне будут внедрены имплантаты и(или) мембраны, винты, пины, мягкотканные и костно-пластические материалы, и будут наложены швы. Операция будет проведена по общепринятой методике, с использованием сертифицированных стоматологических материалов. После операции, через определенный период времени, необходимый для интеграции имплантатов, мне будут изготовлены и установлены зубные протезы с опорой на имплантаты. Имплантаты будут выполнять функцию опоры для зубного протеза самостоятельно или в сочетании с собственными зубами. Вид будущего протеза определяется доктором и фиксируется в план ортопедического лечения с опорой на имплантаты.

Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема). При невозможности установки имплантатов из-за состояния костной ткани операция будет прекращена либо проведена подготовка места для установки имплантатов путем мягкотканной пластики или аугментации кости (синус-лифтинг, расщепление гребня, пересадка костных блоков и другое) и прочие манипуляции согласно решению врача. Имплантаты в этом случае могут быть установлены как одномоментно, так и отсрочено после формирования мягких и костных тканей в сроки, рекомендованные лечащим врачом. Мягкотканная и костная пластика являются отдельными от установки имплантатов услугами. В процессе лечения с применением имплантатов может потребоваться несколько операций по костной и мягкотканной пластике, необходимых для получения наилучшего клинического и эстетического результата лечения.

Я понимаю, что во время и после операции, в редких случаях, могут произойти нижеперечисленные осложнения:

- Воспаление тканей вокруг имплантатов, что потребует дополнительного лечения и может привести к удалению имплантатов; припухлость, отек, болевые ощущения, кровотечения, гематомы;
- возможно инфицирование раны и прилегающих тканей в случае осложнений, и при несоблюдения предписанных врачом назначений, рекомендаций и правил гигиены;
- боль, отек, гематомы, общее недомогание, гипертермия, онемение губы, языка, щеки, подбородка, зубов.

Точную продолжительность этих побочных ощущений и осложнений невозможно прогнозировать, и в крайне редких случаях они могут быть необратимыми.

Понимая сущность предложенного лечения и сложность биологического организма человека, я согласен (на), что невозможно гарантировать 100% достижение результата лечения, что ожидаемый результат может отличаться от полученного в результате вмешательства. В связи с этим, я понимаю, что возможны случаи неблагоприятного исхода операции в виде неприживления имплантата, мягкотканного трансплантата и костно-пластического материала.

Я понимаю, что курение, приём алкоголя, наркотиков, некоторых лекарственных препаратов, наличие и обострение имеющихся и вновь возникших заболеваний, полученные пациентом острые травмы, снижают успех лечения. Я согласен выполнять рекомендации врача: по приёму лекарственных препаратов в до- и послеоперационном периоде, по уходу за полостью рта, отказу

от вредных привычек, изменению режима и характера питания, понимаю необходимость регулярно приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом).

Я информировал (а) врача обо всех случаях аллергии в прошлом и настоящее время. Я предупрежден о том, что должен незамедлительно сообщать моему лечащему врачу обо всех изменениях моего здоровья.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров по методу, рекомендованному врачом.

Я информирован(а) о среднем сроке службы имплантатов и среднестатистическом проценте благоприятного исхода операции по установке имплантата и операций по костной и мягкотканной пластике. Меня уведомили, что костная и мягкотканная пластика может потребоваться до установки имплантатов, в момент установки имплантатов, а также после полной интеграции имплантата перед протезированием. Невыполнение такой рекомендации может послужить причиной неудачи протезирования в связи с высокими медицинскими рисками возникновения осложнений и нарушения врачебных рекомендаций.

Я информирован(а), что длительное заживление послеоперационной раны, ее возможное инфицирование, наличие после удаления зубов и корней острых краев лунки, частичное или полное расхождение швов, сопутствующий синус-лифтингу воспалительный процесс в гайморовой пазухе, выкрашивание элементов костно-замещающих материалов из раны, прорезывание частей фиксирующих винтов, пинов и мембран, образование послеоперационных рубцов, неприживление, частичное или полное рассасывание мягкотканного или костно-пластического материала считаются особенностями проведения хирургических вмешательств и не являются существенными недостатками оказанных медицинских услуг. Я предупрежден о необходимости приема антибиотиков и других препаратов по назначению врача.

Я понимаю, что невозможно предугадать все вероятные последствия и осложнения, которые могут возникнуть в процессе лечения и после него, а также, что преимущества предлагаемого лечения значительно превышают риски возможных осложнений.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы, на которые получил(а) исчерпывающие ответы. Вся информация была донесена до меня устно в полном объеме, в понятной и доступной для меня форме.

Мне объяснено, что я могу получить бесплатную стоматологическую помощь по ОМС (Обязательное Медицинское Страхование), обратившись в поликлинику по месту жительства.

Подпись пациента (законного представителя) _____ « »_____20___г.