

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАЦИЮ

ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ от « ____ » _____ 2016 г.

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст.13,19,20,22 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ

Я _____ полных лет _____.

Мне предложили альтернативные методы лечения, но я даю согласия на дентальную имплантацию.

Я уполномочил(а) врача _____.

Я получил(а) от врача интересующую меня информацию об операции дентальной имплантации.

После подробного разъяснения данных осмотра моих зубов, рта и челюстей, оценки моего общего состояния, вида моего заболевания(диагноза), мне были представлены в понятной форме объема и ход предложенного лечения, а так же преследуемая цель. При этом мне известны другие возможные способы лечения без применения зубных имплантов (съёмное протезирование, несъёмное протезирование с опорой на свои зубы), возможные последствия при моем отказе от предложения лечения.

Мне известно, что во время оперативного вмешательства может выявиться необходимость в расширении изменения или отказе от запланированного лечебного мероприятия. Может потребоваться увеличению объема костной ткани до, либо во время имплантации(направленная регенерация костной ткани, синуслифтинг, пересадка собственной костной ткани)с применением материалов синтетического, животного или человеческого происхождения.

Я понимаю, что с помощью одного или нескольких имплантатов-«искусственных корней», усыновленных в челюсти, и протезом опирающихся на них, будет восстановлена или улучшена функция моего жевания, а также состояния моего здоровья.

Я осведомлен(а) о том, что предполагаемое мне лечебное мероприятия проводится под местной анестезией. План лечения хирургического вмешательства и предварительный план протезирования записан в моей амбулаторной карте.

Я был/а подробно информирован(а) о типичных рисках и возможных последствиях, а также осложнениях, в том числе в отношении моей профессиональной деятельности.

Врач объяснил мне, что в крайне редких случаях имплантат не «приживается». Он становится подвижным и течении времени «приживления», т.к. вокруг имплантата в костной ткани может развиваться воспалительный процесс-переимплантит. Подвижный имплантат удаляется без особого труда. В случае отторжения может потребоваться дополнительное лечение, возможно хирургическое. Операцию имплантацию можно повторять в любой области после восстановления костной ткани.

Общемировая статистика по приживаемости имплантатов 95-98%. Я понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой. Гарантировать 100% положительный результат проведения хирургического стоматологического лечения (включая имплантацию) не представляется возможным. Речь может идти о прогнозах и вероятностях, которые разнятся от пациента к пациенту.

Врач разъяснил мне, что крайне редко могут быть следующие осложнения:

-при установке имплантата на верхней челюсти в непосредственной близости к полости носа или верхнечелюстной пазухе может образоваться перфорация дна этих полостей;

-имплантат может проникнуть в верхнечелюстную пазуху;

-имплантат может проникнуть через слизистую оболочку полости рта;

-имплантат может проникнуть в нижнечелюстной канал или в мягкие ткани, окружающие челюсти;

-при проведении операции имплантации крайне редко встречаются осложнения возникающие при хирургическом вмешательстве, такие как: обморок, кровотечение из раны, кровотечение в мягкие ткани, онемения языка, губ, подбородка, зубов, крайне редко онемения может остаться навсегда. Повреждения соседних зубов, нагноение раны, длительное заживление, флебит, лимфаденит, а аллергические реакции в связи с проведением обезболивания, применением стоматологических материалов, приемом лекарственных препаратов (отек «Квинке» анафилактический шок, «Крапивница» и т.д.) что может потребовать дополнительного лечения, домашнего режима и выполнения рекомендации врача.

После операции может быть боль а челюсти, припухание мягких тканей, ограничение открывания рта, в области углов рта могут быть трещины, что потребует домашнего режима и выполнения рекомендаций врача.

Я обязуюсь выполнять все назначения врача: принимать назначенные лекарства до и после операции, соблюдать гигиену полости рта, после операции ограничить физическую нагрузку, не принимать алкоголь, не курить, не принимать наркотических веществ, не управлять транспортным средством пока не закончится действие лекарств, введенных во время операции.

Я проинформирован/а, что перед операцией имплантации необходимо провести профессиональную чистку зубов, устранить очаги хронической инфекции и пройти консультацию врача стоматолога ортопеда. Я понимаю, что на успех лечения влияет гигиеническое состояние моей полости рта.

Я обязуюсь приходить на контрольные осмотры после имплантации, ежегодный рентгеновский контроль, поддерживающую терапию в те сроки, которые необходимы для стабилизации моего состояния, в случае нарушения правильного ухода за протезами. Я понимаю, что ответственность за возможные осложнения (воспаление в области имплантатов, нагноения, отторжение и т.д.) снимается с лечащего доктора.

Врач объяснил мне, и я понимаю, что при обращении впервые в жизни к стоматологу, а также при наличии у меня аллергических заболеваний, необходимо заключения врача –аллерголога о возможности применения обезболивающих средств, стоматологических материалов, лекарственных препаратов.

Я в анкете о здоровье указал(а) все перенесенные мною заболевания и лекарственные препараты, которые я принимаю.

Я понимаю, что прием лекарственных средств перед имплантацией, без уведомления лечащего врача, может привести к нежелательным последствиям.

Я понимаю, что курение, прием Алкоголя, наркотических средств неблагоприятно влияют на «вживление» имплантатов и может ухудшить результат имплантации.

Я проинформирован/а и понимаю, что в случае возникновения осложнений мне необходимо обратиться к моему лечащему врачу для осмотра. В некоторых случаях может потребоваться госпитализация в отделение челюстно -лицевой хирургии.

Затраты времени для «вживления» имплантатов и изготовления и фиксации на них зубных протезов были со мной обсуждены. Мне сообщили, что лечение будет многоэтапным и длительным.

Я даю согласие на проведение рекомендованного мне лечения: операцию дентальной имплантации, обдумав альтернативное лечение, а также на рентгенологическое обследование до, во время и после лечения.

Я информирован/а о стоимости моего лечения и дальнейшего протезирования.

Примерная стоимость операции составляет _____ рублей

Протезирование _____ рублей

Я информирован/а, о моем поведении после операции имплантации.

Я ознакомился/ась с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я подтверждаю, сто располагал/а достаточным временем, чтобы задать все интересующие меня вопросы, а так же что бы принять решение о согласии на операцию имплантации. Я ознакомлен/а, с правилами и обязанностями пациента, преискурантом и ориентировочной стоимостью предложенного лечения и предупрежден/а, об изменении стоимости лечения с изменением плана лечения.

Я информирован/а, что может не получиться запланированный результат, не произойти «приживления» имплантата, потребуются повторное хирургическое вмешательство или иной вид медицинских целей.

Все мои вопросы были удовлетворены. Мне известно, что до операции я могу отменить данное мною согласие проведение зубной имплантации.

Подпись врача _____

Подпись пациента _____