



Приложение № 9 к приказу 1709/1 от 17 сентября 2018 г.

Типовая форма

Информированное добровольное согласие пациента на дентальную имплантацию (имплантацию зубов) и костную пластику в ООО «Дента Арт»

Я, _____, "_____" г. рождения,

Законный представитель _____, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя),
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в стоматологической клинике общества с ограниченной ответственностью «Дента Арт», а именно проведение **дентальной имплантации (имплантации зубов) и костную пластику**

№ Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мною условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым лечением и мог либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий диагноз _____

и обосновал необходимость проведения дентальной имплантации (имплантации зубов) и костной пластики.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения

которые, в моем случае, будут иметь **меньший** клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа).

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения

которые, в моем случае, будут иметь **больший** клинический успех (большая длительность службы протеза; лучшие эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и предотвращение дальнейшего разрушение жевательного органа).

Я полно и доступно информирован (а) о **цели и сути** хирургической процедуры по установки имплантата. Я понимаю, что имплантат устанавливается для замещения отсутствующего зуба. Я понимаю, что имплантат является опорой ортопедической конструкции, он имитирует корень зуба. Имплантат изготовлен из специальных гипоаллергенных (низкоаллергенных) медицинских сплавов. Устанавливается имплантат в кости под десной, при этом происходит процесс остеointеграции (связывание) имплантата с костью челюсти.

Мой врач тщательно обследовал моё состояние полости рта. Альтернативы этому виду лечения мне были объяснены. Я испытал(а) или проанализировал(а) эти методы, но предпочитаю имплантацию для надёжного замещения отсутствующего зуба (зубов).

Я информирован(а) о том, что для оптимального размещения имплантата в челюстной кости в 60-100% случаях, в

зависимости от локализации костного дефекта, необходимо проводить подсадку костной ткани или костно-замещающих препаратов. Забор костной ткани может быть проведен во внутриротовых или внеротовых донорских областях. Остеоинтеграция (связывание) подсаженной костной ткани или костнозамещающих препаратов составляет от 3 до 9 месяцев.

Я информирован(а) о том, что костная ткань в донорской области через несколько месяцев восстанавливается полностью без наступления необратимых последствий для анатомии и функции донорских участков.

Я не возражаю против проведения забора костной ткани из внеротовой или внутриротовой донорской области, а также крови из моей вены для изготовления костнозамещающего препарата для подсадки в место установки имплантата в костную ткань моей челюсти.

Меня поставили в известность, что после операции необходимо ограничить физическую и функциональную нагрузку донорских областей в течение первого месяца после операции.

Мне сообщено о **возможных осложнениях при проведении дентальной имплантации и костной пластики**: боль, покраснение, отёк, временное изменение цвета зубов и языка, изменения вкусовой чувствительности. Редкими, но возможными осложнениями являются такие осложнения как: инфекция послеоперационной области, подкожные кровоизлияния, повышение температуры, онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов. Точная продолжительность такого состояния не предсказуема и может быть необратима. Так же возможны воспаления вены (флебит), повреждения имеющихся зубов, переломы кости, нарушение целостности синуса (гайморовой пазухи), отсроченное заживление, аллергические реакции к лекарственным препаратам и медикаментам.

Мне объяснили, что в определенных случаях имплантаты не приживаются и требуют удаления.

Мой доктор объяснил мне, что не существует способа точно предсказать заживляющих способностей десны и костной ткани после проведения операции. Точная продолжительность лечения не может быть определена или может изменяться.

Я понимаю, что **если ничего не предпринимать** (не замещать потерянные зубы, в частности с помощью имплантатов), то может произойти потеря кости челюстей, ухудшение условий для фиксации протезов, воспаление дёсен, подвижность зубов, смещение имеющихся зубов, возможно, даже приводящие к удалению зубов. Так же возможны нарушения в височно-нижнечелюстном суставе, боли в области шеи, головы, лицевых и жевательных мышц, утомляемость их при жевании.

Я информирован, что установка имплантатов проводится с применением инъекционной анестезии, Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья. Я так же сообщил(а) все случаи аллергических или необычных реакций на лекарственные препараты, пищевые продукты, пыльцу, укусы насекомых, анестетики, пыль. Я сообщил(а) об имеющихся у меня болезнях крови, внутренних органов, кожных и инфекционных болезнях, заболеваниях слизистых, нарушениях свёртываемости крови и других состояниях, относящихся к моему здоровью. Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях заполнена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна.

Я согласен(а) следовать инструкциям моего врача по домашнему уходу за имплантатами. Я информирован(а) о том, что не реже одного раза в 6 месяцев пациенту необходимо пройти контрольный осмотр у врача-стоматолога и не реже одного раза в три месяца пройти гигиенические процедуры у гигиениста.

Я понимаю, что курение, прием алкоголя, употребление сахара, физические нагрузки, перегрузки связанные с авиаперелетами и при использовании других приборов и транспортных средств, при которых происходит резкая смена уровней атмосферного давления, могут отразиться на заживлении дёсен и успешности имплантации. Я готов ограничить воздействие указанных выше факторов на мой организм.

Я извещен(а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.п.).

Я извещен (а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья

Я согласен(а) не управлять транспортными средствами и устройствами, связанными с повышенной опасностью, по меньшей мере 24 часа или более, пока не пройдут действие анестезии или других лекарственных препаратов, применённых для моего лечения.

Я согласен(а) на проведение рентгенологических исследований, фотографирование, снятие на видеоплёнку и другие процедуры, сопряжённые с дентальной имплантацией.

Я согласен на использование моих фотографий и киносъемки, рентгеновских снимков в научных и учебных целях без указания моего имени и фамилии.

Я полностью понимаю, что в процессе осуществления разработанного плана лечения и проведения хирургических вмешательств, местные анатомо-физиологические условия могут быть отличными от предполагавшихся ранее, и по усмотрению врача может быть проведено дополнительное или альтернативное лечение.

Я так же одобряю любые модификации в плане лечения, применяемых материалах, дизайн или послеоперационном уходе, если они направлены для лучшего удовлетворения моих интересов, для моего собственного блага и согласованы со мной.

Мне известно, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма.

Я знаю и понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой, не может быть никаких гарантий на результат лечения или операции.

Я ознакомился с гарантийными сроками, сроками службы и условиями предоставления гарантий по дентальной имплантации и костной пластике.

Мне разъяснены последствия в случае моего отказа от медицинского вмешательства, в том числе течение заболевания.

Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил(а) на них удовлетворительные ответы.

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

Я внимательно ознакомился(лась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Я принимаю решение осуществить дентальную имплантацию (имплантацию зубов) и костную пластику на предложенных мне условиях.

Подпись пациента (законного представителя) _____

Подпись врача _____

Дата “____” 20__ г.