

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ, КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ, КОСТНОРЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ.

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____, соглашаюсь с тем, что на предстоящее хирургическое вмешательство, дентальную имплантацию, будет проводить врач-стоматолог *Гришанов И. В.*, Клиника ООО «АрктикДент», медицинская лицензия, ЛО41-01019-24/00142049, выданная Министерством Здравоохранения Красноярского Края 12 апреля 2022 года.

Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения.

Я ознакомлен (а):

- с предлагаемым планом лечения, с ориентировочными сроками и стоимостью отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. Я понимаю, что план лечения может быть изменен моим лечащим врачом или отменен в зависимости от ситуации и клинической картины, а также на хирургическом или ортопедическом этапе, о чем меня проинформирует лечащий врач.
- с рисками;
- с исходами;
- с условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги;
- с альтернативными вариантами лечения, направленных на сохранение стоматологического здоровья, их преимуществах и недостатках. Я 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 проведение костной пластики. Остеоинтеграция подсаженной костной ткани составляет от 3 до 9 месяцев. Если я отказываюсь от этого этапа врач не сможет гарантировать установку имплантата в соответствии с методическими рекомендациями и/или в оптимальной ортопедической позиции.

Я ознакомлен(а) и со мной согласованы: - количество имплантатов, материал, из которого изготовлены имплантаты, производитель имплантатов, технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; - методы протезирования; я понимаю, что, выбирая имплантацию, я отказываюсь от съёмного протезирования. - этапы и сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур и лечения в целом.

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 материалов, или послеоперационном уходе, если они направлены для лучшего удовлетворения моих интересов.

Я проинформирован(а), что при моем отказе от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения возможны негативные проявления: заболевание кости, атрофия костной ткани, воспаление десны, подвижность зубов и имплантата, что может привести к необходимости их удаления, патология височно-нижнечелюстного сустава, головные боли, иррадиирующие боли в шею и мышцы лица, утомляемость жевательных мышц и др.

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течении нескольких дней и более.

Я понимаю, что возможны последствия приема обезболивающих средств и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического баланса, нарушение состава кишечной микрофлоры, а также другие проявления, описанные в инструкции к лекарственному средству, назначенному врачом. Я понимаю, что мне необходимо ознакомиться с инструкцией к лекарственному средству и принимать его строго по назначению врача.

Мне сообщены возможные осложнения в ходе и после операции: боль, отек, затрудненное открывание рта, в области углов рта могут образоваться трещины, гематомы тканей челюстно-лицевой области, кровотечения, инфекция, изменение цвета и формы слизистой оболочки полости рта и десны; воспаление десен, онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов, повреждение имеющихся соседних зубов, перелом кости, переимплантит (воспаление костной ткани около имплантата), требующий удаления имплантата, убыль костной ткани в области соседних зубов, убыль костной ткани в случае переимплантата, требующая в некоторых случаях дополнительных сложных операций по ее восстановлению для последующей повторной имплантации. Также описаны редкие случаи перелома имплантатов при установке. Операция имплантации на верхней челюсти может осложниться перфорацией верхнечелюстной пазухи, полости носа, в боковом отделе нижней челюсти – повреждением нижнего альвеолярного нерва, что может потребовать дополнительного лечения. Я понимаю, что необходимо строго следовать указаниям врача, если не смогу лежать неподвижно и буду шевелиться, дергаться или глотать без предупреждения, возможно повреждение тканей лица или шеи инструментами, в том числе с последующим образованием рубцов. Я понимаю, что в процессе стоматологического лечения возможны травмы, порезы повреждение лица и мягких тканей.

После проведения хирургического этапа имплантации (вживления имплантата и заживления десны) последует ортопедический этап (установка коронки или протеза в соответствии с планом лечения), который в моих интересах желательно проводить в этой же клинике, т.к. нагрузка на имплантат(ы) может быть рассчитана иначе, что может, привести к негативным последствиям и не достижению положительного результата лечения.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною профилактических мероприятий и я обязуюсь выполнять все рекомендации врача до, и после операции:

- соблюдать режим в ходе хирургического вмешательства;
- принимать назначенные лекарственные средства, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.п.);
- соблюдать щадящую диету;
- немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия;
- не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течение срока, определённого врачом;
- не принимать алкоголя и наркотических средств;
- соблюдать гигиену полости рта, а также являться на профилактические осмотры в индивидуальные сроки, установленные врачом.

Я предупреждён, что курение препятствует процессам заживления раны, и может вызвать отторжение остеопластического материала, привести к отрицательному результату операции и еще более усугубить первоначальную клиническую ситуацию.

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

Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии. Мне разъяснена необходимость применения местной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования: ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма; консультация стоматолога(ов) и(или) других специалистов.

Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении, о характере предстоящего вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений. Врач внимательно осмотрел меня, собрал информацию о моем здоровье в прошлом и настоящем, разъяснил преимущества, риски и сложности предполагаемого метода лечения, альтернативы данному виду лечения и этапы лечения.

На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие мне ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу. Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских манипуляций может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций.

Я доверяю врачам принимать необходимые решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я понимаю, что гарантийные обязательства на все виды стоматологических услуг сохраняются только в случае соблюдения рекомендаций по проведению профессиональной гигиены полости рта. В случае невыполнения этих рекомендаций гарантия не сохраняется.

Я согласен(согласна) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.

Я понимаю, что успешное лечение возможно только при наличии данных компьютерной томографии. Это исследование необходимо выполнить до начала стоматологического лечения.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров.

Подписанием этого документа я выражаю своё согласие на проведение рентгенологического исследования.

Я согласен на проведение фото и видеосъемки полости рта во время лечения и использование их без указания моего имени и фамилии.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Врач-стоматолог: _____ (Гришанов И. В.)
(подпись)

Пациент: _____ (_____)
(подпись)

Дата _____