

Информированное добровольное согласие на проведение дентальной имплантации

город Москва

«_____» _____ 20__ г.

Я, _____,
(ФИО лица, которое подписывает согласие)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим подтверждаю свое согласие на проведение

_____ (ФИО пациента – указывается в случае, если согласие подписывается законным представителем пациента)

дентальной имплантации в ООО «АДЕНТЕ» (ОГРН 1217700162118).

1. Целью проведения медицинского вмешательства является:

- восстановление функции зубочелюстной системы (пережевывание пищи), а также эстетических пропорций лица;
- препятствие развитию деформации зубных рядов, перегрузке пародонта оставшихся зубов, прогрессированию атрофии альвеолярных отростков челюстной кости и атрофии мышц челюстно-лицевой области, развитию патологии височно-нижнечелюстного сустава.

2. Характер, способ и этапы медицинского вмешательства

Врачом мне было разъяснено, что медицинское вмешательство включает в себя следующие этапы:

- изготовлении операционных шаблонов,
- осуществление костной пластики: заполнение лунки зуба костнопластическим материалом, наложение на лунку мембраны для направленной регенерации кости и (или) наращивание объема костной ткани (по необходимости),
- проведение операции внутрикостной дентальной имплантации (установка дентального имплантата),
- установка формирователей десны и временных ортопедических конструкций на имплантаты (по необходимости),
- установка абатмента (наддесневой части имплантата) и фиксация на него ортопедической конструкции.

В определенных случаях для скорейшего восстановления целостности костной ткани врачом-стоматологом могут использоваться специальные костеобразующие материалы или пересадка собственной кости пациента.

Необходимость выполнения указанных выше этапов может зависеть от диагноза, тяжести течения заболевания и индивидуальных особенностей организма.

3. Наличие и виды альтернативного медицинского вмешательства

Я информирован(а), что альтернативным видом медицинского вмешательства является: съемное или несъемное протезирование (мостовидные протезы).

Преимуществами альтернативного вида лечения являются: более низкая стоимость и более короткий период лечения.

Недостатками альтернативного вида лечения являются: меньший комфорт (при съемном протезировании), обтачивание соседних зубов (при мостовидном протезировании).

Рекомендованным видом лечения является: дентальная имплантация.

Также мне известно о возможности моего отказа от проведения лечения. При этом, обдумав альтернативный вид лечения и возможность отказа от медицинского вмешательства, я даю согласие на проведение рекомендованного мне лечения.

4. Противопоказания

Я информирован о наличии следующих противопоказаний к медицинскому вмешательству.

Абсолютные противопоказания:

- тяжелые общесоматические болезни: болезни сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации; болезни крови и кроветворных органов (лимфогранулематоз, лейкозы, гемолитические анемии);
- психические расстройства и расстройства поведения, заболевания ЦНС (врожденные и приобретенные);
- иммунопатологические заболевания и состояния (дефекты системы комплимента с выраженным снижением сопротивляемости организма, фагоцитарные расстройства, синдромы гуморальной недостаточности, гипоплазия тимуса и паращитовидных желез);
- некоторые болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (ревматические и ревматоидные процессы, врожденные остеопатии, костные дисплазии, состояния после лучевой и медикаментозной терапии);
- заболевания костной системы и другие патологические состояния, вызывающие нарушение трофики и ослабление регенерационной способности костной ткани (врожденные остеопатии, костные дисплазии, состояния после лучевой и медикаментозной терапии);
- болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (сахарный диабет декомпенсированной формы > 9мВ/л, дисфункции щитовидной и паращитовидных желез, болезни гипопитуитаризма и надпочечников);
- злокачественные новообразования;
- туберкулез; СПИД; иммунопатологические состояния, венерические болезни;
- некоторые болезни кожи (дерматозы и склеродермия),
- в анамнезе наркотическая зависимость;
- лечение бисфосфонатами (АТХ код M05BA, M05BB);
- ряд заболеваний при условии, что внутрикостная дентальная имплантация не разрешена соответствующим специалистом: врожденные пороки и протезирование клапанов сердца;
- некоторые болезни слизистой оболочки рта (хронический рецидивирующий афтозный стоматит, красная волчанка, пузырчатка, синдром Шегрена, синдром Бехчета); генерализованный пародонтит тяжелой степени.

Относительные противопоказания: остеопороз; низкое содержание эстрогена у женщин – например, после овариоэктомии; доброкачественные новообразования; хронические инфекционные болезни; вредные привычки (злоупотребление алкоголем, курение сигарет, наркомания); возраст до 18 лет; беременность и лактация; неудовлетворительная гигиена полости рта.

5. Возможные осложнения и риски медицинского вмешательства

Характер возможных осложнений:

- отторжение импланта / костного материала.
- повреждение мембраны Шрейдера.
- проникновение импланта в верхнечелюстную пазуху.
- прорезывание импланта через слизистую оболочку полости рта.
- при проведении дентальной имплантации крайне редко встречаются осложнения, возникающие при хирургическом вмешательстве, такие как обморок, кровотечение из раны, кровоизлияние в мягкие ткани, онемение языка, губ, подбородка, зубов (крайне редко онемение может носить стойкий характер, сохраняющийся продолжительный период времени), нагноение раны, длительное заживление, флебит, лимфаденит, аллергические реакции в связи с проведением обезболивания, применением стоматологических материалов, приемом лекарств (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок).

Я информирован(а) и понимаю, что в случае возникновения осложнений мне необходимо незамедлительно обратиться к лечащему врачу для осмотра.

6. Результаты медицинского вмешательства

Ожидаемыми результатами для здоровья пациента являются: приживление имплантата и возможность дальнейшего протезирования.

Врачом мне также было разъяснено:

- о нормальной реакции организма: боль, дискомфорт в месте операции, кровотечение, заложенность носа при имплантации в области верхней челюсти,

– об особенностях ухода после медицинского вмешательства: на успех лечения влияет гигиеническое состояние полости рта (в указанных целях требуется регулярно посещать врача для проведения профессиональной гигиены в установленные сроки до операции имплантации, перед фиксацией ортопедической конструкции и ежегодно два раза в год после окончания лечения либо по согласованию с врачом); соблюдение назначенной лечащим врачом антибактериальной терапии; в день хирургического вмешательства не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов после операции, также не следует жевать на прооперированной стороне, избегать приема грубой, горячей пищи,

– о запретах и ограничениях после медицинского вмешательства: избегать полетов в самолете в течение 1 месяца (после проведения костной пластики); ограничить курение сигарет (до 3 штук в сутки) и употребление алкоголя (в течение 10 дней после установки имплантов и в течение 30 дней после костной пластики); исключить физические нагрузки и не перегревать организм (в течение 7 дней после проведения имплантации и до 14 дней после костной пластики); проведение какого-либо медицинского вмешательства, не связанного с дентальной имплантацией, необходимо согласовывать с лечащим врачом (до снятия швов),

– возможных реакций организма в случае невыполнения рекомендаций: отторжение имплантата, кровотечение, воспаление.

Я предупрежден(а) о необходимости полного и точного и выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Я информирован(а), что медицинское вмешательство не может гарантировать 100% достижения результата, в том числе из-за:

- индивидуальных особенностей организма,
- в случае неинформирования врача о наличии указанных в разделе 4 противопоказаний,
- невыполнения мной рекомендаций врача и не следования плану лечения.

Я ознакомлен(а) с настоящим информированным добровольным согласием, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, в полном объеме. Я подтверждаю, что располагал(а) достаточным временем, чтобы задать все интересующие меня вопросы, а также для того, чтобы принять решение о согласии на медицинское вмешательство.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, которому доверяю информацию, контактный телефон)

Подпись Пациента _____ (« _____ 202__ г.

В случае недостижения на момент подписания настоящего согласия пациентом 15-летнего возраста или в отношении пациента, признанного в установленном законом порядке недееспособным, оно подписывается его законным представителем:

Статус законного представителя (мать, отец, опекун, попечитель) _____

_____ (« _____ 202__ г.
(подпись) (ФИО)

Подпись Врача _____ (« _____ 202__ г.
(подпись) (должность и ФИО)

Дача согласия в следующие посещения пациента

Дата приема	Подпись пациента	Расшифровка подписи