

**Информированное добровольное согласие
на проведение коррекции объема и формы альвеолярного отростка**

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 согласие на проведение

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

процедуры коррекции объема и формы альвеолярного отростка в ООО «АДЕНТЕ» (ОГРН 1217700162118).

1. Целью проведения медицинского вмешательства является увеличение объем костной ткани для последующей имплантации зубов.

2. Характер, способ и этапы проведения медицинского вмешательства

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

- проведение местной анестезии,
- обеспечение доступа к костной ткани: надрез слизисто-надкостничного лоскута и его отслаивание,
- восполнение дефицита костного объема с использованием одного или нескольких методов и материалов:
 - подсадка костнозамещающего материала;
 - использование аутогенного костного блока (забор кости из другого участка челюсти или тела);
 - применение резорбируемых или нерезорбируемых барьерных мембран (направленная костная регенерация);
 - комбинация указанных методов.
 - наложение швов на слизистую оболочку для укрытия и стабилизации костнопластического материала.

Мне разъяснено и понятно, что выбор конкретной методики, вида материала и объема вмешательства определяется врачом на основании данных клинического и рентгенологического обследования.

3. Наличие и виды альтернативного медицинского вмешательства

Я информирован(а), что альтернативным видом медицинского вмешательства является: отказ от дентальной имплантации и выбор в пользу традиционного съемного и несъемного протезирования.

Также мне известно о возможности моего отказа от проведения медицинского вмешательства. При этом, обдумав возможность отказа от медицинского вмешательства, я даю согласие на проведение мне процедуры коррекции объема и формы альвеолярного отростка.

4. Противопоказания

Я информирован(а) о наличии следующих противопоказаний к медицинскому вмешательству:

Абсолютные противопоказания: декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы; патология иммунной системы (красная волчанка, полимиозит (воспаление поперечно-полосатой мускулатуры), тяжелые инфекции, гипоплазия тимуса (недоразвитие или полное отсутствие вилочковой железы) и параситовидных желез); заболевания костной системы, снижающие репарацию (процесс восстановления костной ткани) кости (остеопороз, врожденная остеопатия, остеонекроз, дисплазии); заболевания эндокринной системы (гипофиз, патология надпочечников, тяжелые формы гипер- и гипотиреоза, гипер- и гипопаратиреоза, сахарный диабет); болезни крови (лейкозы, талассемия (нарушение синтеза гемоглобина), лимфогранулематоз (хроническое онкологическое заболевание лимфатической системы), гемолитические анемии); заболевания центральной и периферической нервной системы (шизофрения, паранойя, слабоумие, психозы, неврозы, алкоголизм и наркомания); злокачественные опухоли; туберкулез; ВИЧ и венерические заболевания.

Относительные противопоказания: неудовлетворительная гигиена полости рта; предраковые заболевания полости рта; прохождение пациентом курса химио- или радиотерапии; курение; занятие экстремальными и травматичными видами спорта; беременность.

5. Возможные осложнения и риски медицинского вмешательства

Характер возможных осложнений: инфицирование раны, потеря костного материала, повреждение зубов, которые прилегают к зоне вмешательства, кровоточивость, временное или постоянное онемение десен, зубов в области вмешательства, утрата костного материала, экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для ее удаления, формирование соустья между пазухой и полостью рта, отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем, отторжение или подвижность установленного имплантата, перелом челюстной кости, аллергические реакции.

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

6. Результаты медицинского вмешательства

Ожидаемым результатом для здоровья пациента является увеличение объем костной ткани.

Врачом мне также было разъяснено:

- о нормальной реакции организма: в первые недели после медицинского вмешательства возможно ощущение дискомфорта в месте проведения операции, болевые ощущения, отек, гематомы, повышение температуры.
- об особенностях ухода после медицинского вмешательства: соблюдать назначенную лечащим врачом антибактериальную, обезболивающую, противовоспалительную терапию; гигиенический уход за полостью рта (используйте мягкую зубную щетку, обходите рану стороной).
- о запретах и ограничениях после медицинского вмешательства: не принимать пищу в течение двух часов после операции, необходимо соблюдать щадящий пищевой режим (исключив жевание на прооперированной стороне, избегать приема грубой, горячей пищи), ограничить курение сигарет и употребление алкоголя (на весь срок реабилитации), исключить физические нагрузки, горячий душ, прием ванны, посещение сауны, бани на весь срок реабилитации.
- о возможных реакциях организма в случае невыполнения рекомендаций: увеличение отека, болевых ощущений; кровотечение; инфекционные и воспалительные осложнения; расхождение швов; отторжение костного материала.

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.

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 _____ (« _____ » 20__ 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) _____

_____ (« _____ » 20__ г.
(подпись) (ФИО)

Подпись Врача _____ (« _____ » 20__ г.
(подпись) (должность и ФИО)