

**Информированное добровольное согласие
на проведение синус-лифтинга (наращивании костной ткани верхней челюсти)**

город Москва

«_____» _____ 20__ г.

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

в соответствие 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)

синус-лифтинга в ООО «АДЕНТЕ» (ОГРН 1217700162118).

1. Целью проведения медицинского вмешательства является: увеличении высоты альвеолярного гребня (часть челюстной кости, в которой располагаются корни зубов) перед дентальной имплантацией.

2. Характер, способ и этапы медицинского вмешательства

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

- проведение местной анестезии,
- высверливание небольшого отверстия в области будущего ложа для имплантата,
- приподнятие дна гайморовой пазухи через образовавшийся туннель,
- заполнение костным материалом (стимулятором роста кости) получившейся полости.

В случае, если у пациента практически не осталось костной ткани врач проводит процедуру открытого синус-лифтинга, делая разрез в десне и отверстие в боковой стенке гайморовой пазухи, внедряя затем костнопластический материал.

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: отказ от дентальной имплантации и выбор в пользу традиционного съемного и несъемного протезирования.

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:

- декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы;
- патология иммунной системы (полимиозит, тяжелые инфекции, гипоплазия тимуса и параситовидных желез);
- заболевания костной системы, снижающие репарацию 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, лимфогранулематоз, гемолитические анемии);
- заболевания центральной и периферической нервной системы (шизофрения, паранойя, слабоумие, психозы, неврозы, алкоголизм и наркомания);
- аутоиммунные заболевания;
- злокачественные опухоли;
- воспалительные процессы во рту,
- туберкулез;

- ВИЧ и венерические заболевания;
- беременность.

Относительные противопоказания:

- неудовлетворительная гигиена полости рта;
- предраковые заболевания полости рта;
- прохождение курса химио- или радиотерапии;
- занятие экстремальными и травматичными видами спорта;
- множественные перегородки пазухи;
- наличие кист в области верхнечелюстных синусов или других патологических образований в области предполагаемой операции;
- острый синусит, гайморит или другие хронические ЛОР-заболевания;
- слишком малое количество костной ткани между слизистой оболочкой полости рта и пазухой.

5. Возможные осложнения и риски медицинского вмешательства

Характер возможных осложнений: кровоточивость, онемение дёсен, зубов верхней челюсти и нёба в области вмешательства, утрата костного материала, инфекционно-воспалительный процесс в пазухе вследствие попадания патогенных микроорганизмов в рану; повреждение (прободение) гайморовой пазухи; последующая недостаточная фиксация имплантата вследствие смещения остеопластического материала.

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: увеличение объема костной ткани для последующей успешной дентальной имплантации.

Врачом мне также было разъяснено:

- о нормальной реакции организма: в течение первых 7 дней нормальным считается появление болезненных ощущений, отёка, гематомы, повышение температуры;
- об особенностях ухода после медицинского вмешательства: прооперированную область нужно обрабатывать антисептиком; гигиена полости рта должна быть тщательной, но щадящей (используйте мягкую зубную щётку, обходите рану стороной); пища должна быть мягкой, не сильно горячей или холодной, не раздражающей; при необходимости очистить нос нужно воспользоваться ватным тампоном, высмаркиваться нельзя из-за возникающего при этом повышенного давления в данной области; обязательно принимать назначенные лекарства (как правило, это антибиотики, противовоспалительные и обезболивающие, сосудосуживающие в нос);
- о запретах и ограничениях после медицинского вмешательства: запрещено употребление алкоголя (не совместим с назначенной терапией и провоцирует развитие кровотечения); от курения, горячего душа, ванны, сауны, бани, физических нагрузок также необходимо воздержаться на весь срок реабилитации;
- 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) _____

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

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