

Информированное добровольное согласие на проведение удаления импланта зуба

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 удаления импланта зуба в ООО «АДЕНТЕ» (ОГРН 1217700162118).

1. Целью проведения медицинского вмешательства является:

- устранение послеоперационных осложнений;
- эвакуация послеоперационной гематомы и предотвращение развития инфекционного процесса;
- купирование воспалительного процесса при переимплантите (воспаление тканей, окружающих имплантат);
- устранение очага резорбции костной ткани (рассасывание тканей корня зуба) в области имплантата;
- удаление отторженного зубного импланта (непринятие костной тканью челюсти вживленного в нее титанового стрежня).

2. Характер, способ и этапы проведения медицинского вмешательства

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

- снятие коронки или протеза, установленного на импланте,
- проведение анестезии (обезболивание) или седации (медикаментозный сон),
- надрез слизистой оболочки над имплантом для обнажения его металлической конструкции и получения доступа к его основанию,
- извлечение импланта с помощью специальных инструментов,
- обработка лунки и наложение швов.

Мне разъяснено и понятно, что, если в области импланта обнаружены признаки некроза кости или выраженного воспаления, врач проводит удаление поврежденных участков и пластику мягких тканей.

3. Наличие и виды альтернативного медицинского вмешательства

Я информирован(а), что альтернативные виды медицинского вмешательства отсутствуют.

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 удаления импланта зуба.

4. Противопоказания

Я информирован(а) о наличии следующих противопоказаний к медицинскому вмешательству: психоневрологические заболевания (эпилепсия, психозы, шизофрения), онкологические заболевания, нарушения свертываемости крови, ВИЧ-инфекции, заболевания костной ткани (остеопороз, остеонекроз, дисплазия), острые инфекционные и воспалительные заболевания, обострение хронических заболеваний, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации.

5. Возможные осложнения и риски медицинского вмешательства

Характер возможных осложнений: аллергические реакции на анестезию (обезболивание), кровотечение, инфицирование раны (лунки), повреждение твердых тканей соседних зубов; повреждения мягких тканей полости рта; попадание частей (элементов) импланта в желудочно-кишечный тракт и/или дыхательные пути, что может вызвать повреждения ЖКТ и/или асфиксию (остановку дыхания), дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.

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 удаление импланта зуба.

Врачом мне также было разъяснено:

- о нормальной реакции организма: в первые дни после операции возможно небольшое кровотечение. В первые недели после медицинского вмешательства возможно ощущение дискомфорта в месте проведения операции, болевые ощущения, отек.
- об особенностях ухода после медицинского вмешательства: соблюдать назначенную лечащим врачом антибактериальную терапию, гигиенический уход за полостью рта.
- о запретах и ограничениях после медицинского вмешательства: не рекомендовано 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 (в течение 10-14 дней после проведения операции), в течение 14 дней исключить физические нагрузки и не перегревать организм.
- о возможных реакциях организма в случае невыполнения рекомендаций: увеличение отека, болевых ощущений; повышение температуры, кровотечение, инфекционные и воспалительные осложнения.

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) _____

(подпись) (ФИО) « _____ 20__ г.

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