

Информированное добровольное согласие на проведение вестибулопластики

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 вестибулопластики в ООО «АДЕНТЕ» (ОГРН 1217700162118).

1. Целью проведения медицинского вмешательства является:

- увеличение пространства между губой (щекой) и зубами,
- расширение зоны плотной десны, которая крепко держится на челюсти,
- устранение натяжения и травмирования десны,
- улучшение гигиены полости рта,
- профилактика заболеваний десен и создание условий для дальнейшего ортодонтического или ортопедического лечения.

2. Характер, способ и этапы проведения медицинского вмешательства

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

- проведение анестезии (обезболивание);
- в отношении совершеннолетнего пациента медицинское вмешательство выполняется следующим методом:
 - скальпелем делают разрез на слизистой оболочке губы по месту ее прикрепления к десне,
 - тупым инструментом углубляют пространство между губой и зубами,
 - на всю поверхность раны накладывают йодоформный тампон,
 - снаружи на губе фиксируют давящую повязку.
- в отношении несовершеннолетнего пациента медицинское вмешательство выполняется открытым или закрытым методом (при открытом методе после углубления преддверия полости рта на слизистой нижней губы или на альвеолярном отростке нижней челюсти остаются открытые раневые поверхности, в дальнейшем закрывающиеся вторичным натяжением; при закрытом методе раны после углубления преддверия полости рта закрываются местными тканями):
 - по Кларку (открытый метод):
 - проводится разрез скальпелем по переходной складке (граница между десной и губой) на всю глубину слизистой,
 - ножницами отслаивают слизистый лоскут от линии разреза в сторону губы,
 - комплекс подслизистых тканей (мышцы, сухожилия) перемещают вдоль надкостницы,
 - фиксация слизистого лоскута к надкостнице швами (кетгут) в глубине нового преддверия,
 - наложение защитной повязки на раневой дефект на челюсти.
 - по Эдлан – Мейхеру (открытый метод):
 - анестезия (желательно по методу гидропрепарирования для более легкого последующего отслаивания слизистого лоскута),
 - скальпелем проводится разрез слизистой параллельно изгибу челюсти,
 - ножницами тупо отслаивают слизистый лоскут от линии разреза к челюсти,
 - подслизистые тяжи (мышцы, сухожилия) перемещают вдоль надкостницы,
 - слизистый лоскут фиксируют к надкостнице швами из кетгута в глубине сформированного преддверия,
 - на оставшийся раневой дефект на донорском участке накладывают защитную повязку.
 - по Эдлан в модификации Вашкевич (открытый метод):
 - с помощью скальпеля производится разрез по намеченной границе за тяжами слизистой,

- с помощью скальпеля и ножниц выкраивают слизистый лоскут и отсепааровывают его до переходной складки,
- с помощью гладилки отсепааровывают подбородочную мышцу от надкостницы до переходной складки,
- рассечение надкостницы над основанием лоскута (в области передних зубов) и опускание ее вниз на глубину преддверия, иссечение нижнего края,
- иссечение грубого рубцового тяжа на губе (по линии уздечки), удаление слюнных желез в ране,
- расправление слизистого лоскута и укладывание его на обнаженную кость, фиксация тампоном с антисептиком,
- укладывание губы на место и фиксация давящей повязкой.
- по Кучинскому – Артюшкевичу (закрытый метод):
- дугообразным разрезом рассекают только слизистую оболочку альвеолярного отростка ниже десневого края на 5 мм на протяжении от клыка до клыка,
- второй разрез делают параллельно, отступив 5-8 мм от края красной каймы, длиной, равной первому разрезу,
- третий косой разрез, соединяющий два предыдущих разреза, производят в средней части губы под углом 70°,
- образованные два лоскута широко отслаивают в подслизистом слое,
- отсепааровка мышц подбородка от челюсти на глубину 10–15 мм (формирование дна преддверия),
- при очень мелком преддверии (менее 4 мм) – создание «окна» в надкостнице (фенестрация) и дополнительное перемещение мышц вниз на 5–10 мм,
- сдвиг лоскутов слизистой навстречу друг другу так, чтобы широкие части оказались у средней линии – это увеличивает глубину преддверия,
- фиксация лоскутов швами.

3. Наличие и виды альтернативного медицинского вмешательства

Я информирован(а), что альтернативным видом медицинского вмешательства является: консервативная терапия (гимнастика для мышц рта и лица, физиотерапевтическое лечение (по показаниям)), лазерная вестибулопластика (хирургическая коррекция преддверия полости рта (пространства между губами/щеками и деснами) с использованием лазерного излучения).

Мне понятно, что выбор метода лечения определяется врачом исходя из возраста пациента и анатомических особенностей.

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

4. Противопоказания

Я информирован(а) о наличии следующих противопоказаний к медицинскому вмешательству: психоневрологические заболевания (эпилепсия, психозы, шизофрения); онкологические заболевания; нарушения свертываемости крови; ВИЧ-инфекции; острые инфекционные и воспалительные заболевания; обострение хронических заболеваний; сахарный диабет; заболевания сердечно-сосудистой системы, печени и почек в стадии декомпенсации; беременность; системный остеопороз в активной фазе (прогрессирующее системное заболевание скелета, при котором происходит снижение плотности костной ткани по всему скелету); активная форма туберкулеза; неудовлетворительная гигиена полости рта; патология прикуса, не подлежащая коррекции; наличие травматической окклюзии; деструкция костной ткани более чем на 2/3–3/4 длины корня при подвижности зубов III–IV степени; фиброзно измененная или истонченная десна.

5. Возможные осложнения и риски медицинского вмешательства

Характер возможных осложнений: аллергические реакции на анестезию (обезболивание); кровотечение; гематома (скопление крови в тканях); нагноение раны; рецидив - возвратное уменьшение глубины преддверия (без проведения в послеоперационном периоде лечебной гимнастики); образование грубых послеоперационных рубцов (без проведения в послеоперационном периоде лечебной гимнастики); временное нарушение чувствительности в зоне операции; повреждение нижнего альвеолярного нерва в его месте выхода из нижнечелюстного канала; повреждение мелких слюнных желез; распространение инфекции; сепсис (заражением крови).

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 пространства между губой (щекой) и зубами; расширение зоны плотной десны; устранение натяжения и травмирования десны; улучшение гигиены полости рта; профилактика заболеваний десен и создание условий для дальнейшего ортодонтического или ортопедического лечения.

Врачом мне также было разъяснено:

- о нормальной реакции организма: в первую неделю после вмешательства возможно ощущение дискомфорта в месте вмешательства, болевые ощущения, отек, кровоточивость, ограничение открывания рта, дискомфорт при речи и глотании.
- об особенностях ухода после медицинского вмешательства: соблюдать назначенную лечащим врачом антибактериальную терапию, гигиенический уход за полостью рта, при необходимости – являться к лечащему врачу на перевязки и осмотры. Соблюдать режим молчания в первые сутки после операции. На 10 - 14 сутки проводится гимнастика для улучшения кровообращения в послеоперационном поле, восстановления функции, а также для предупреждения образования грубых послеоперационных рубцов. Несовершеннолетнему пациенту после медицинского вмешательства рекомендуется съесть мороженое (лизать языком).
- 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; инфекционные и воспалительные осложнения; нагноение раны; образование грубых послеоперационных рубцов.

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)