

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
дентальную имплантацию**

г. Бердянск

{ТекущаяДата}г.

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, {ФамилияИмяОтчество}, добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому): дентальной имплантации.

1. Данный документ подтверждает, что я ознакомился(лась) с предлагаемым (предварительным) планом лечения, сроками оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от лечения, о чём свидетельствует моя подпись в конце документа.
2. Даю согласие на то, что во время операции в костную ткань альвеолярного отростка челюсти мне будут внедрены титановые конструкции (имплантаты), а при костнопластической, костнореконструктивной операции – костный материал искусственного или натурального характера.
3. Меня предварительно информировали о планируемом виде и количестве имплантатов.
4. Операция будет проведена по утвержденной методике, с использованием сертифицированных стоматологических имплантатов, костнопластических материалов в условиях поликлинической операционной.
5. Мне известны имеющиеся у меня заболевания полости рта, дефекты моего зубного ряда, а также заболевания других органов и систем моего организма.
6. Мне объяснили возможность протезирования с применением имплантатов, а также другие альтернативные способы протезирования без применения имплантатов.
7. Мне известно, что зубной имплантат представляет собой конструкцию, изготовленную из металла (титан и его сплавы), которую вживляют в костную ткань челюсти. Имплантат предназначен для замещения зубов, а также в качестве дополнительной опоры для съемных протезов с целью восстановления жевательной функции и эстетики.
8. Мне разъяснено, что при малом объеме костной ткани имплантат не может быть установлен, и для создания необходимого количества кости требуется дополнительные костнопластические и костнореконструктивные оперативные вмешательства. В этом случае операция по установке стоматологического имплантата может быть проведена не ранее 6-12 месяцев от момента проведения этих операций.
9. Меня предупредили, что количество и качество вновь образованной костной ткани после костнопластических и костнореконструктивных оперативных вмешательств сугубо индивидуально и зависит от особенностей (потенциальных возможностей роста костного регенерата – новой кости) моего организма.
10. Я информирован (а), что во время операции врач может изменить ее план в зависимости от фактического состояния (качества и объема) костной ткани. Я информирован (а), что имплантаты и костнопластический материал в послеоперационном периоде могут вызывать реакцию отторжения, что приведет к их удалению.
11. Мне известно, что после протезирования, возможно, будет видна шейка имплантата в виде полоски блестящего металла. Меня предупредили, что зубные протезы, изготовленные с применением имплантатов, не могут точно повторять анатомическую форму и положение ранее удаленных зубов.
12. Мне известно, что средний срок службы имплантатов в зависимости от общего состояния здоровья, качества гигиенического ухода составляет в среднем 10 лет.
13. Мне известно, что комплексное лечение с использованием имплантатов состоит из этапов: клиническое обследование, подготовка полости рта – санация (терапевтическая, хирургическая), лечение тканей пародонта, хирургическая операция (вживление металлической конструкции в костную ткань челюсти, костнопластическая и костнореконструктивная операция), процесс укрепления (интеграции имплантата) – от 3 до 6 месяцев, протезирование зубопротезной конструкцией с опорой на имплантаты, обязательное динамическое наблюдение у стоматолога-хирурга с контрольным рентгенологическим обследованием, обязательная, не реже 3 раз в год, профессиональная гигиена полости рта (снятие зубных отложений) на весь срок функционирования дентальных имплантатов.
14. Меня предупредили об обязательном и своевременном прохождении всех этапов и о том, что нарушение этого порядка может повлечь за собой отрицательный результат лечения.
15. Меня предупредили, что повторное проведение операции дентальной имплантации и/или костной аугментации (костной пластики) возможно в срок от 3 до 12 месяцев.
16. Мне известно, что заболевания тканей пародонта является относительным противопоказанием к имплантации и сокращает срок службы имплантата.
17. Мне известно, что низкий уровень гигиены полости рта, наличие такого заболевания как бруксизм, лучевая терапия, химиотерапия, состояние беременности, а также вредные привычки (алкоголизм, курение) резко повышают риск неудачи имплантации. Мне известно, что при любом хирургическом вмешательстве неизбежно происходит причинение вынужденного вреда организму для предотвращения вреда от основного заболевания, а также причинение некоторых нравственных и физических страданий.
18. Меня предупредили, что в силу индивидуальных биологических особенностей человеческого организма существует определенный риск и возможность непредвиденных осложнений. Осложнения предполагают, но не ограничиваются следующим: припухлость, возникновение гематомы и изменение цвета кожного покрова в области челюстей, глаз, носа, длящееся обычно несколько дней. Болевые ощущения, которые могут сохраняться до нескольких недель. Некоторая потеря чувствительности или ощущение онемения в области подбородка, губ, десен, языка, зубов, которые могут продлиться от нескольких дней до нескольких месяцев. В редких случаях нарушение чувствительности или ощущение онемения могут приобрести стойкий характер. Кровотечение в момент и после хирургического вмешательства. При обезболивании и в процессе операции при индивидуальных особенностях расположения возможно повреждение нервно-сосудистого пучка на нижней челюсти, что может в послеоперационном периоде проявиться некоторая потеря чувствительности, онемение. Аллергическая реакция на медикаменты, обморок, анафилактическая реакция при проведении обезболивании. Заложенность носа, попадание имплантата в верхне-челюстной синус. Как и в случае любого хирургического вмешательства, существует опасность послеоперационной инфекции.
19. Меня информировали о том, что операции по установке стоматологических имплантатов, а также костнопластические и костно-реконструктивные оперативные вмешательства заведомо связаны с риском и положительный результат зависит от состояния организма пациента, поэтому клиника не дает 100 % гарантии положительного результата.
20. Я также ознакомлен(а) с тем, что процент приживаемости имплантатов на современном этапе ориентировочно составляет 95 %, костнопластического материала – 80-85%.
21. Я информирован (а), что при неблагоприятном исходе операции (отторжения или удаления имплантата, или костнопластического материала) деньги, уплаченные мною за проведенное лечение и использованные материалы (имплантаты, костнопластические материалы), возврату не подлежат.
22. Я информирован (а) о среднем сроке службы имплантатов и среднестатистическом проценте их приживления, а также о проценте положительных результатов при костнопластических и костно-реконструктивных операциях.
23. Меня предупредили о том, что в ходе операции возможно выявление анатомических особенностей строения челюсти, в результате чего врач может изменить план операции либо прекратить операцию.
24. Мне известны осложнения, которые могут возникнуть в связи с проведением комплексного протезирования с использованием имплантатов: подвижность зубопротезной конструкции с опорой на имплантат, наличие боли, прогрессирующая потеря твердых тканей вокруг имплантата,

воспаление (инфекция), кровоточивость, отечность десен вокруг шейки имплантатов, расшатывание имплантата, оголение шейки имплантата, периимплантит, необходимость удаления имплантата. Меня заранее предупредили, что указанные осложнения невозможно предвидеть и избежать, и клиника не несет ответственности за их наступление.

25. Мне сообщили, что хирургическое вмешательство может повлечь за собой временную нетрудоспособность.
26. Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в виде временной потери чувствительности в области обезболивания.
27. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.
28. Введение анестетика проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечности десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.
29. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.
30. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.
31. Я информирован(а) о целях, характере и возможных неблагоприятных последствиях медицинского вмешательства.
32. Я информирован, что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого терапевтического лечения. Поэтому в моих интересах сообщить медицинскому работнику правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.
33. Мне доступно разъяснено, что хронические заболевания (состояния), имеющиеся у меня на момент обращения, их дальнейшее развитие могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг, а в последующем отрицательно сказаться на их результате.
34. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Подпись пациента

Подпись врача

_____ / {ФамилияИО} /

_____ /{Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}