

Приложение №14 к медицинской карте № \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие при проведении операций по подготовке полости рта к протезированию и имплантации, в том числе и дентальной имплантации**

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

г. Санкт-Петербург

**Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального Закона РФ №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**

Информированное добровольное согласие подписывается при выполнении таких медицинских манипуляций и оперативных вмешательств как:

Анестезия (обезболивание), дентальная имплантация «имплантация искусственных зубов», одномоментное удаление с установкой имплантатов, костная пластика, расщепление кости альвеолярных отростков, открытых и закрытых синуслифтингов, коррекция альвеолярных отростков по высоте и ширине, применение ортодонтических имплантатов, костных и костнопластических материалов и мембран, в том числе стружки собственной кости пациента и плазмоцитарной мембраны, так же лечебные процедуры типа плазмолифтинга, плазмодента и взятие венозной крови пациента для этих целей, вестибулопластика, пластика уздечек и тяжей.

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(лась) с предлагаемым лечением и, в соответствии со своей волей, мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Я, \_\_\_\_\_ г.р. точно ответил (а) на все вопросы лечащего врача и получил (а) от врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач провел необходимый объем клинического обследования и ознакомился с результатами моих исследований в том числе, рентгенологических, лабораторных, функциональных и иных.

Я информирован(а) о цели и сущности хирургического вмешательства, его стоимости и продолжительности. Альтернативы этому виду лечения мне были предложены, но я предпочитаю имплантацию для надёжного замещения отсутствующего зуба (зубов).

Я проинформирован(а) врачом об альтернативных методах медицинского вмешательства и выражаю согласие с предложенным планом лечения.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга может быть оказана по программе обязательного медицинского страхования в иных медицинских организациях, в объеме и на условиях территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС.

Я информирован(а) о том, что протезирование на дентальных имплантатах является методом, предложенным в клинических рекомендациях (протоколах лечения) при диагнозах «частичное отсутствие зубов» (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита), «полное отсутствие зубов» (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита).

Я информирован(а) о том, что если ничего не предпринимать (не замещать потерянные зубы, в частности с помощью имплантатов), то может произойти потеря кости челюстей, ухудшение условий для фиксации протезов, воспаление дёсен, подвижность зубов, смещение имеющихся зубов, возможно, даже приводящие к удалению зубов. Так же возможны нарушения в височно-нижнечелюстном суставе, боли в области шеи, головы, лицевых и жевательных мышц, утомляемость их при жевании.

Я информирован(а) о необходимости предварительной профессиональной гигиены и санации полости рта, рентгенологического и клинического обследования, которые могут потребоваться в процессе лечения.

Я информирован(а) о том, что для оптимального размещения имплантата в челюстной кости в ряде случаев необходимо проводить увеличение объема костной ткани костной пластикой или введением костнозамещающих препаратов. Я информирован(а) о том, что костная ткань в донорской области через несколько месяцев восстанавливается полностью без наступления необратимых последствий для анатомии и функции донорских участков. Меня проинформировали о том, что после операции необходимо ограничить физическую и функциональную нагрузку донорских областей в течение первого месяца после операции. Я не возражаю против проведения забора костной ткани из внутриротовой донорской области.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Меня проинформировали о возможных последствиях, а именно;

- аллергические реакции;
- кровотечение;
- нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что иногда потребует отказаться от продолжения операции и выполнения её через два месяца;
- послеоперационные дискомфорт, отёк мягких тканей, болезненность, но эти симптомы обратимы. Полное исчезновение всех симптомов происходит через 3 недели или больше;
- послеоперационные осложнения: инфицирование раны и верхнечелюстной пазухи, кровотечение из раны в полости рта или из носа, гематома мягких тканей (синяки), временное или постоянное онемение дёсен, зубов верхней челюсти и нёба в области вмешательства, утрата костного материала, экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления, формирование соустья между пазухой и полостью рта, отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем, усугубление патологии ВНЧС при её наличии;
- нарушение состава кишечной микрофлоры, связанное с приемом антибиотиков при их назначении.

Я информирован(а) о том, что курение, потребление алкоголя могут отразиться на заживлении дёсен и успешности имплантации. Я информирован(а) о необходимости следовать инструкциям лечащего врача по домашнему уходу за послеоперационной областью, имплантатами. Я информирован(а) об обязанности поддерживать хороший уровень гигиены полости рта и отказаться от злоупотребления курением, следовать рекомендациям врача.

Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Я информирован(а) о том, что спустя 3-4 месяца на нижней челюсти и 5-6 месяцев на верхней челюсти после операции имплантации (под контролем рентгенологического обследования) производится установка формирователей десны – процедура, относящаяся к хирургическому этапу и являющаяся своего рода переходом к этапу протезирования.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций лечащего врача.

Я информирован(а) о необходимости контрольных осмотров лечащего врача-стоматолога (не реже одного раза в 6 месяцев) и повторной профессиональной гигиены (не реже одного раза в 3 месяца).

Я информирован(а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.п.). Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. Мне известно, что возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма. Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход операции.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма, в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

Со мной согласованы технологии, методы и биоматериалы, которые будут использованы при лечении, сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур и лечения в целом.

Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я понимаю, что при изменении моего состояния или появлении новой информации о моем состоянии

Подпись пациента \_\_\_\_\_

может появиться необходимость корректировки плана лечения для лучшего удовлетворения моих интересов. Если в течение месяца после установки имплантата произошло отторжение, то повторная установка имплантата осуществляется за счет клиники спустя 6 месяцев, (период восстановления костной ткани), при этом дополнительные процедуры (если таковые необходимы по показаниям) оплачиваются пациентом. Ранее оплаченная сумма за имплантацию не возвращается.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю врачу, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга недоступна по программе обязательного медицинского страхования.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью медицинской карты.

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною прочитано и все его пункты мне понятны и мной подписано в присутствии лечащего врача.

Дата	Подпись пациента/расшифровка	Подпись врача/расшифровка