

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ПО ИМПЛАНТАЦИИ

Я, <КЛИЕНТ_ФИО>,

Проинформирован (а) о необходимости проведения операции по имплантации

Врач поставил мне диагноз: _____

Мне было подробно разъяснено, что имплантат представляет собой винт, который производится по специальной технологии из высокопрочного титанового сплава и заменяет корень зуба. Операция по имплантации состоит из двух этапов. На первом этапе имплантат вживляется в костную ткань. На втором этапе (спустя 3-6 месяцев) при помощи специального винта на нём фиксируется абатмент, на который впоследствии фиксируется _____ ортопедическая _____ конструкция

Я понимаю, что цель операции по имплантации- это устранение дефекта зубного ряда без обработки соседних зубов, предупреждение процесса атрофии костной ткани и восстановление функциональных способностей зубочелюстной системы.

Врач подробно пояснил мне, что последствиями отказа от данного вида стоматологического лечения могут быть: атрофия костной ткани, прогрессирование заболеваний пародонтита и как следствие потеря зубов, развитие патологии височно нижнечелюстного сустава.

Я ознакомлен(а) с возможным альтернативным вариантом лечение, которым является восстановление дефекта зубного ряда путем препарирования соседних зубов.

Хотя операция имплантации имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что это сложное медицинское вмешательство, и реакция биологического организма на данное медицинское вмешательство может быть непредсказуема и индивидуальна.

Врач подробно объяснил мне, что при проведении операции имплантации возможны следующие осложнения:

- Проникновение бора за границы верхнечелюстной пазухи или боковых/нижних слоев нижней челюсти (пенетрация);
- Травма нижнечелюстного нерва в результате повреждения стенки челюстного канала;
- Кровотечение;
- Перегрев костных тканей в результате механической обработки;
- Недостаточная первичная фиксация имплантата.

В послеоперационный период возможны такие осложнения, как: гематомы; кровотечение; расхождение швов; воспалительные процессы в мягких тканях; болевые ощущения в области установки имплантата, продолжающийся от нескольких часов до нескольких дней.

В период репаративной регенерации костной ткани вокруг имплантата возможно такое осложнение как перимплантит (воспаление костной ткани, окружающей имплантат).

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений мне необходимо незамедлительно обратиться к лечащему врачу с целью выявления и устранения причин осложнения и назначения адекватной терапии для улучшения общего состояния организма и нормализации состояния полости рта.

Врач поставил меня в известность, что в случае развития периимпантита при невозможности сохранения имплантата стоматологическая клиника берет на себя обязательства по его удалению, при этом денежные средства, затраченные на проведение операции имплантации, возврату не подлежат.

Я поставлен(а) в известность о том, что операция имплантация проводится под местной анестезией и во время проведения анестезии возможны следующие осложнения: аллергическая реакция организма на медикаментозные препараты, обморок, коллапс, шок, боль после анестезии в месте инъекции, травматизация нервных окончаний и сосудов, проявляющаяся потерей чувствительности, невритами, невралгиями и пост инъекционными гематомами.

Я даю согласие на проведение местной анестезии перед началом операции имплантации.

Врач объяснил мне, что при длительном отсутствии зуба, не имея естественной нагрузки, кость уменьшается в объеме и теряет свои качества. Поэтому в отдельных случаях при проведении операции имплантации для улучшения заживления мягких и твердых тканей может применяться богатая тромбоцитами плазма, которая получается путем центрифугирования небольшого количества (18-20 мл) собственной крови пациента.

Я даю свое согласие на проведение забора необходимого количества венозной крови перед началом операции имплантации.

Врач объяснил мне о необходимости проведения рентгенологического контроля до установки имплантата и после удаления имплантата, с целью оценки качества проведенного лечения. Я даю свое согласие на проведение рентгенологического контроля и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в строго назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте стоматологического больного.

Я поставлен(а) в известность о том, что при установке имплантата на верхней челюсти при недостаточном объеме костной может возникнуть необходимость в проведении операции «синуслифта» (подъема до гайморовой пазухи).

Я даю свое согласие на проведение операции синуслифта _____

Врач пояснил, что после установки имплантата пациент испытывает дискомфорт, для устранения которого могут быть назначены противовоспалительные препараты, анальгетики и антибиотики.

При приеме анальгетиков и антибиотиков возможны следующие последствия: возникновения аллергической реакции на медикаментозный препарат, изменение витаминного, иммунологического баланса организма и нарушение состава кишечной флоры.

Я подробно информирован(а) о том, что в связи с индивидуальными особенностями организма и течением заболевания в процессе лечения возможно расхождение с первоначально определенным планом лечения, ранее установленными сроками лечения, что может повлечь за собой необходимость коррекции первоначального плана и сроков

лечения, а также изменение ранее оговоренной стоимости лечения, как в большую так и в меньшую сторону.

Понимая сущность операции имплантации и уникальность собственного организма, я согласен (на), что предложенное лечение является сложным медицинским вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов.

Я понимаю, что для сохранения результатов достигнутых в ходе операции имплантации существует прямая необходимость в соблюдении ежедневной гигиены полости рта, строгом выполнении рекомендаций, которые будут даны мне после завершения лечения, а именно: _____

В своевременном посещении лечебных, контрольных и профилактических приемов: _____ после установки имплантата.

Я обязуюсь точно выполнять все рекомендации и назначения лечащего врача-стоматолога и понимаю, что их невыполнение может привести к серьезным осложнениям или полностью отсутствию положительного результата от проведенного лечения.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) на них понятные и исчерпывающие ответы.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемой частью медицинской карты стоматологического больного.

Я подтверждаю согласие на проведение мне операции имплантации. Данное информированное согласие подписано мной до постановки местной анестезии.

Подпись пациента _____ / <КЛИЕНТ_ФИО>/

Дата «___» _____ 201__ г.

Подпись врача _____ / _____ / Дата «___» _____ 201__ г.

Рекомендации (памятка) о правилах поведения после проведения операции имплантации получены на руки.

Пациент _____ / <КЛИЕНТ_ФИО>/

Дата «___» _____ 201__ г.