

Информированное добровольное согласие на проведение костной пластики (остеоластика)

Я, <КЛИЕНТ_ФИО>,

Проинформирован (а) о возможности проведения мне костной пластики (остеоластики).

Врач поставил мне диагноз _____, после чего мне было подробно разъяснено, что остеоластика- это полное или частичное восстановление альвеолярного гребня (часть челюсти, в котором располагаются зубы) путём пересадки костной ткани.

Я поставлен (а) в известность, что в современной стоматологии существует несколько видов трансплантов, используемых при проведении остеоластики, а именно аутотрансплантат, когда донором костного материала служит костный блок самого пациента; аллопласт- это искусственное вещество, которое содержит фосфор и кальций.

В моём случае лечащий врач предлагает провести остеоластику при использовании

Примерная стоимость предлагаемой остеоластики составит _____

Я уведомлен (а) о том, что показаниями к проведению остеоластики являются:

-наличие в кости рельефных повреждений в результате травмы челюстно-лицевой области;

-наличие дефектов кости, возникшие после длительного воспаления при пародонтите;

-костная пластика и реконструкция альвеолярного отростка на подготовительном этапе перед имплантацией;

-операция по удалению зуба (ов);

Врач подробно разъяснил мне, что противопоказаниями к проведению остеоластики являются:

-Остеопороз

-Острые воспалительные заболевания полости рта

-Период беременности и лактации

-Иммунодефицитные состояния

-Заболевания крови

-Психические заболевания

-Онкологические заболевания

Я понимаю, что главные цели проведения остеоластики - это восстановление анатомически правильного рельефа кости после травм челюстно-лицевой области; восстановление целостности кости для последующего установления в неё имплантатов, способных выдержать большую биомеханическую перегрузку, возникающую во время жевания; сокращение времени формирования кости более чем в два раза после проведения операции удаления зуба(ов).

Врач подробно разъяснил мне, что отказ от проведения остеоластики не позволит провести операцию по имплантации и может стать причиной изменения плана ортопедического лечения.

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

Врач подробно разъяснил мне, что при проведении остеоластики возможны следующие осложнения:

1. Развитие отека
2. Ноющие боли в челюсти, ушах, голове и шее
3. Затрудненное открывание рта
4. Повышение температуры тела
5. Кровотечение в месте проведения операции
6. Воспаление, вызванное инфицированием
7. Нестабильность и отторжение трансплантата
8. Потеря первичной и вторичной репозиции (медицинская процедура, целью которой является сопоставление фрагментов кости для обеспечения лучшего сокращения кости) костных фрагментов челюсти;

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений должна быть назначена адекватная терапия для улучшения общего состояния организма и нормализации состояния зубочелюстной системы. К основным признакам осложнений относятся сильная ноющая боль в челюстях, ушах, голове или шее, не снимаемая лекарствами; онемение челюстей, длящееся более 4-х часов после операции; выраженный отек, затрудняющий глотание и открывание рта; температура более 37,5С.

Я поставлен(а) в известность о том, что остеоластика проводится под местной анестезией. Врач предупредил меня, что во время проведения местной 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, постинъекционными гематомами.

В отдельных случаях при проведении операции костной пластики (остеоластика) 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 местной анестезии перед началом остеоластики, потому что понимаю, что последствиями отказа от применения местной анестезии может быть нарастание болевых ощущений.

Врач пояснил мне, что после операции пациент испытывает дискомфорт, для устранения которого могут быть назначены последствия: аллергическая реакция, изменения витаминного, иммунологического баланса и нарушение состава кишечной флоры.

Я подробно проинформировал (а) врача о состоянии своего здоровья, в том числе аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мной заболеваний, травмах, операциях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующей на меня в процессе жизнедеятельности, о принимаемых в настоящее время лекарственных препаратах, о своих вредных привычках. Я уведомлен(а) о том, что курение является фактором риска, повышающим вероятность возникновения осложнений после проведения остеопластики. Я знаю, что данная информация занесена в медицинскую карту стоматологического больного.

Врач объяснил мне необходимость проведения рентгенологического контроля на этапе планирования и после завершения остеопластики с целью оценки проведенного лечения. Врач уведомил меня о том, что противопоказанием к проведению рентгенологического исследования полости рта является беременность.

Я подтверждаю факт сообщения врачу достоверных сведений о состоянии моего здоровья на момент проведения рентгенологического исследования.

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 понимаю, что в связи с индивидуальными особенностями организма и течением заболевания, зачастую достаточно сложно поставить точный диагноз и спланировать соответствующее лечение. Врач объяснил мне, что в процессе лечения возможны расхождения с первоначальным 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 предложенного стоматологического лечения и уникальность собственного организма, я согласен (на), что предложенное лечение является вмешательством в биологический организм, и как любая операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов.

Я понимаю, что для сохранения результатов стоматологического лечения существует прямая необходимость в строгом выполнении всех рекомендаций, которые будут даны после завершения лечения и своевременном посещении лечебных, контрольных и профилактических приемов в назначенные лечащим врачом сроки.

Я предупрежден(а) о правилах поведения, после проведения остеопластики обязуюсь их выполнять:

1. В течение первых часов после операции может быть небольшое кровотечение, что является вполне нормальным состоянием. Однако, если выраженное кровотечение продолжается в течение всего дня и не проходит на второй день, необходимо обратиться к лечащему врачу.
2. В течение нескольких дней после костной пластики не рекомендуется пережевывать пищу на оперированном месте, пить через соломинку. Необходимо

осторожно полоскать рот и чистить зубы, а также тщательно проводить назначенные врачом гигиенические процедуры. В первый день следует принимать прохладную пищу, чтобы избежать ожога и кровотечения.

3. Во время сна следует поставить несколько подушек, чтобы голова была приподнята. Спать рекомендуется на спине или противоположной стороне.

4. После операции курильщикам необходимо воздержаться от вредной привычки как минимум на первую неделю.

5. В течение первой недели после операции следует отказаться от принятия горячей ванны, посещения бани и сауны, занятий физическими упражнениями, употребление алкогольных напитков. Важно также избегать переохлаждения.

Я обязуюсь точно выполнять все рекомендации и назначения врача и понимаю, что их невыполнение может привести к серьезным осложнениям или полному 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 остеопластики. Данное информированное согласие подписано мною до постановки местной анестезии.

Подпись пациента _____ /<КЛИЕНТ_ФИО>/
Дата « ____ » _____ 20 ____ г

Подпись доктора _____ / _____ /
Дата « ____ » _____ 20 ____ г

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

Подпись пациента _____ /<КЛИЕНТ_ФИО>/
Дата « ____ » _____ 20 ____ г