

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на восстановление зубного ряда по методу «All on Four» / «Все на четырех»**

№ _____

Настоящее информированное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан РФ" от 21.11.2011г. на следующее медицинское вмешательство: восстановление зубного ряда по методу «All on Four» / «Все на четырех».

Метод протезирования «All on Four» - это метод восстановления зубного ряда БЕЗ костных пластик. Целью протезирования, проводимого по методу «All on Four» / «Все на четырех» является полное восстановление зубного ряда.

Метод «All on Four» / «Все на четырех» представляет собой установку четырех специальных имплантов в одну челюсть и закрепление на них несъемного протеза, изготавливаемого из современных материалов так, что ни визуально, ни функционально искусственные зубы и десна неотличимы от естественных. Протез имеет особую форму и закрепляется так, что даже при широкой улыбке его границы не видны. Технология метода позволяет избежать долгого периода ожидания приживления имплантов для последующего протезирования, а также десневой пластики для создания естественного вида новых зубов там, где их давно не было. Метод «All on Four» - зарекомендовавшая себя технология **восстановления полного зубного ряда за 1 (один) день** с помощью временного протеза, который изготавливается в течение одного дня.

После консультации и диагностики врачом составляется трехмерный проект лечения на основе компьютерной томограммы. В назначенный день с утра пациенту проводится манипуляция по установке четырех имплантов. После чего снимаются окончательные слепки и по ним в течение одного дня (срок изготовления не менее 10 часов) изготавливается несъемный протез, который врачом закрепляется на имплантах. Таким образом, к вечеру того же дня пациент приобретает красивую улыбку и жевательную функцию. Через полгода первичный временный протез заменяется на постоянный, который можно носить всю жизнь.

В том случае, если во время ношения временного условно-съемного протеза в течение гарантийного срока (6 месяцев), произошло отторжение имплантов и для проведения повторной имплантации требуется изготовление и ношение временного полного съемного протеза, изготовление временного полного съемного протеза оплачивается Пациентом в соответствии с действующим на текущий момент прейскурантом со скидкой 50%. На изготовление временного условно-съемного протеза, который может понадобиться после ношения временного полного съемного протеза, также предоставляется скидка в размере 50% от текущей стоимости в соответствии с действующим на данный момент прейскурантом.

В случае отторжения имплантов после истечения гарантийного срока на временный условно-съемный протез (более 6 месяцев) и отсутствия возможности адаптации имеющегося временного условно-съемного протеза к повторно установленным имплантатам, оплата изготовления нового временного условно-съемного протеза производится Пациентом в полном объеме в соответствии с действующим на текущий момент прейскурантом.

При полном отсутствии кости в переднем и боковом отделах челюсти, имплантаты могут быть установлены в скуловую кость. Окончательное решение по установке имплантов определяется только в процессе проведения манипуляции, что может повлиять на изменение первоначального плана лечения.

При наличии костной ткани типа IV (мягкая кость) возможно ограничение по нагрузке имплантов. В связи с этим пациенту будет установлен временный съемный протез для того, чтобы снизить риск неприживления имплантов.

Все возможные варианты лечения по методу «All on Four» / «Все на четырех» доводятся до пациента лечащим врачом на консультации.

Показания: метод «All on Four» разработан специально для сложных случаев: полное отсутствие всех зубов (адентия) или отсутствие более половины зубов и связанные с этим последствия – уменьшение объема костной ткани челюсти и десны. При классической имплантации в таких случаях необходимо предварительно проводить костную пластику и, в последствии, десневую. Провести имплантацию по методу «All on Four» в 98 % случаев удается без предварительной костной пластики.

Мне подробно и в доступной форме разъяснено, что протезирование, проводимое сразу после процедуры "All on Four"/"Все на четырех", является ВРЕМЕННЫМ, проводится с целью быстрого восстановления зубного ряда. Временный протез изготавливается в течение 1 ДНЯ. Он предназначен для частичного восстановления функции жевания, позволяет принимать только мягкую пищу в течение 2-х месяцев после установки. В этом случае контакт с антагонистами приходится только на передний отдел протеза, поэтому вся жевательная нагрузка приходится только на передние зубы. Данный протез не обеспечивает полноценного пережевывания жесткой пищи и не предназначен для этого. Временный протез, изготовленный за 1 ДЕНЬ, не может учесть все эстетические особенности пациента, т.к. изготавливается без примерки. Он не обеспечивает полноценного комфорта и требует адаптации к нему. В некоторых случаях протез может быть укорочен до 6-8 зубов, в особо сложных случаях, протез может быть съемным.

Мне подробно и в доступной форме разъяснено, что сразу после процедуры "All on Four" возможны временные нарушения дикции, незначительное проявление асимметрии. Нарушение дикции, дискомфорт или боли проходят в течение 10 дней после проведения манипуляции.

Мне подробно и в доступной форме разъяснено, что недостатки временного протеза могут быть устранены во время его эксплуатации. Исправление некоторых нюансов могут потребовать снятия протеза для коррекции, что возможно НЕ РАНЕЕ, чем через 1,5 месяца после установки. Учет всех пожеланий пациента по эстетике, контуру губ, зубов, прикусу возможно учесть только на стадии постоянного протезирования. Временный протез служит только для подготовки пациента к постоянному протезированию, при котором будут учтены все мои пожелания как пациента.

Мне подробно и в доступной форме разъяснено, что в случае, если я отказываюсь от рационального протезирования зубов-антагонистов (на противоположной челюсти), а также отказываюсь от постоянного протезирования в установленные лечащим врачом сроки, то мне не может быть гарантирован качественный исход лечения, а именно полное приживление имплантов и устойчивость конструкций на них зафиксированных.

Риски непосещения консультаций и/или отказа от лечения у врача-пародонтолога и врача-ортодонта до начала работ по протезированию изложены на отдельном листе - Разъяснении о необходимости посещения консультаций.

(подпись пациента)

Возможные осложнения, время их развития и исчезновения, методы и результаты их коррекции:

- ощущения дискомфорта и болезненности первые несколько дней после манипуляции;
- травматический реактивный отек, синяк, которые возникают сразу после лечебных манипуляций и требуют принятия обезболивающих и антибактериальных препаратов;
- возможен перелом челюсти при удалении зуба № _____
- отторжение имплантатов;
- не исключено возникновение воспаления (остеомиелит, гайморит) – в области вмешательства, с возможной потерей зубов;
- перфорация дна гайморовой пазухи, или нижнего носового хода;
- повреждение нервных стволов и сосудов с потерей чувствительности (онемение) или болевым синдромом;
- повреждение глазницы, глаза, подглазничного и иных нервов;
- аллергические осложнения, связанные с приемом лекарственных средств (крапивница, обморок, коллапс, шок).

При проведении анестезии возможно возникновение аллергических реакций (анафилактический шок, крапивница, обморок, удушье, коллапс, отек), астматического приступа, подъема артериального давления, гематомы, затруднения открывания рта, болезненности в месте укола, травмы ветви тройничного нерва с нарушением чувствительности.

Методы реабилитации после проведения лечения, способствующие скорейшему выздоровлению: выполнение рекомендаций врача, памятки для пациента после манипуляции, посещение пациентом врача для контрольных осмотров, антибактериальная терапия, плотное ушивание раны.

Методы первичной и вторичной профилактики: соблюдение гигиены полости рта, поддержание высокой неспецифической сопротивляемости организма, посещение профилактических осмотров 1 раз в полгода. Пациенту необходимо проинформировать врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также выполнять все предписания и рекомендации врача.

Влияние медицинского вмешательства на качество жизни: прерывается патологический процесс, либо устраняются условия, способствующие возникновению и развитию стоматологических заболеваний, восстанавливаются отсутствующие зубы.

Исполнитель гарантирует при проведении диагностических, лечебных или профилактических мероприятий, которые могут быть потенциально опасными для жизни и здоровья Заказчика, в обязательном порядке проинформировать об этом Заказчика и сообщить Заказчику сведения о возможных осложнениях, методах их профилактики и коррекции.

Особенности питания, режима, приема медикаментов при данном заболевании зависят от стадии и тяжести заболевания на момент обращения пациента за медицинской помощью, его состояния здоровья.

Женщинам не рекомендуется проводить хирургическое вмешательство во время менструального цикла.

Я согласен на тип анестезии по выбору моего доктора. Я сообщил точные данные о своем физическом и душевном здоровье. Кроме того, я сообщил обо всех имевших место аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или других состояниях, касающихся моего здоровья.

Я согласен на использование моих фотографий и киносъемки, рентгеновских снимков на мероприятиях по повышению уровня квалификации врачей хирургов – имплантологов без указания моего имени и фамилии.

Я прошу предоставить мне медицинские услуги, включая установку имплантатов и другие манипуляции. Я полностью понимаю, что во время и после процедуры, манипуляции и лечения, состояние может измениться, тогда по усмотрению врача, для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия.

Перед началом лечения (работ) по протезированию мне разъяснена необходимость и настоятельно рекомендованы посещение врача-пародонтолога и врача-ортодонта до начала работ по протезированию. Я ознакомился и после беседы с врачом подписал соответствующее Разъяснение, из которого мне известны все риски, последствия и ответственность отказа от консультаций и/или лечения у врача-пародонтолога и врача-ортодонта.

Мне известно, что медицинские услуги относятся к категории опасных для здоровья, также возможны аллергические реакции и связанные с ними осложнения. В случае необходимости я доверяю врачу расширить объем оказываемых услуг до необходимого для надлежащего оказания медицинской помощи или предотвращения вреда состоянию моего здоровья.

Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.

От Исполнителя: _____
(врач-стоматолог)

Пациент: _____ / _____
(ФИО)

Тел: 600-20-20, www.pandent.ru

Литейный пр. д. 45. ул. Восстания, д. 47. ул. Типанова, д. 4. ул. Савушкина, д. 17. ул. Победы, д. 14