

мы создаем улыбки

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

№ _____

Я, _____

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

« _____ » _____ года рождения, зарегистрирован(а) по адресу: _____

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **даю настоящее информированное добровольное согласие** врачам ООО «ПАНДЕНТ _____» на проведение мне /

(Ф.И.О. несовершеннолетнего пациента)

« _____ » _____ года рождения, **амбулаторно-хирургического лечения, имплантацию.**

До начала лечения (медицинского вмешательства) врач _____

(Ф.И.О. врача)

предоставил мне в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, а именно о том, что:

1. ЦЕЛЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Этиология и патогенез (причины и условия возникновения болезни, происхождение и развитие болезни) данного заболевания связаны с возрастными изменениями зубов и пародонта, местными анатомо-физиологическими условиями, патологией обмена веществ, иммунитета, характера и условий труда человека, с его вредными привычками и несоблюдением гигиены полости рта.

2. МЕТОДЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Методы диагностики, применяемые для верификации (подтверждение и проверка при помощи определенных алгоритмов, процедур) и уточнения данного заболевания: осмотр, пальпация, перкуссия, рентгенологическое исследование, компьютерная томограмма.

Возможные методы лечения: иссечение участка слизистой оболочки десны над прорезывающимся зубом, удаление корневой кисты, углубление преддверия полости рта, пластика уздечек языка, разрез слизистой оболочки десны, резекция верхушки корня, резекция корня, удаление 1/2 зуба, удаление зуба, пересадка костного фрагмента, пересадка десневого лоскута, подсадка искусственной костной ткани и донорской костной ткани, пластика дна гайморовой пазухи (синус лифт), пластика десны и слизистой оболочки десневыми лоскутами, установка имплантатов (подчеркнуть выбранное).

Методы лечения в особо тяжелых случаях: удаление имплантата, ревизия мягких и костных тканей вокруг имплантата с возможной подсадкой искусственной кости.

Методы реабилитации после проведения лечения, способствующие скорейшему выздоровлению: выполнение рекомендаций врача, посещение пациентом врача для контрольных осмотров, антибактериальная терапия, плотное ушивание раны, памятки для пациента после манипуляции. После удаления зуба по прошествии 2-х месяцев необходимо пройти консультацию у врача-стоматолога имплантолога по поводу восстановления зубного ряда методом имплантации, т.к. в более поздние сроки постановка имплантата будет затруднена или невозможна.

Методы первичной и вторичной профилактики: соблюдение гигиены полости рта, поддержание высокой неспецифической сопротивляемости организма, посещение профилактических осмотров 1 раз в полгода.

3. РИСКИ, СВЯЗАННЫЕ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Я уведомлен, что при имплантации планируется операция _____ степени сложности.

Я знаю, что не может быть гарантии относительно продолжительности функционирования имплантата и мне ее не давали.

Я предупрежден, что после операции имплантации в течение нескольких дней возможны ощущения дискомфорта и болезненности, боли в челюсти, припухание мягких тканей, ограничение открывания рта, появление в области углов рта трещин, возникновение травматического реактивного отека, синяка, которые требуют принятия обезболивающих и антибактериальных препаратов, соблюдения домашнего режима и выполнения рекомендаций врача. Не исключено повреждение нижнего альвеолярного нерва в дистальном отделе нижней челюсти, возникновение воспаления в области вмешательства (остеомиелит – воспаление костной ткани, гайморит – воспаление гайморовой пазухи), с возможной потерей зубов. Не исключены: перфорация (прободение, сообщение) дна гайморовой пазухи, или нижнего носового хода; воспаление и отторжение десневых лоскутов, имплантатов; повреждение нервных стволов и сосудов с потерей чувствительности (онемение) или болевым синдромом.

Возможно отторжение имплантата. Этиология и патогенез отторжения имплантата или неудачной костной пластики могут быть связаны с воспалением и разрушением костной ткани различной этиологии (инфицирование из-за плохой гигиены, низкая сопротивляемость организма, вновь возникшая тяжелая общая патология, неправильное использование конструкции с опорой на имплантаты, плохой уход за конструкциями, курение).

После проведения костной пластики возможно рассасывание пересаженной кости без ее прироста с воспалением окружающих тканей и возможным остеомиелитом.

Возможен перелом челюсти при удалении зуба № _____

При воспалении пересаженного костного фрагмента или материала возможно потребуется его удаление.

Я знаю, что биопластические материалы, используемые при зубной при зубной имплантации, могут отторгаться, в связи с чем потребуется дополнительное лечение, в том числе хирургическое.

При проведении анестезии возможно возникновение аллергических реакций (анафилактический шок, крапивница, обморок, удушье, коллапс, отек), астматический приступ, подъем артериального давления, гематома, затруднение открывания рта, болезненность в месте укола, травма ветви тройничного нерва с нарушением чувствительности.

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.

Женщинам не рекомендуется проводить хирургическое вмешательство во время менструального цикла.

Я предупрежден, что операция при зубной имплантации может осложниться кровотечением из раны, воспалением, в результате чего потребуются дополнительное лечение.

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

4. ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА.

Иссечение участка слизистой оболочки десны над прорезывающимся зубом, удаление корневой кисты, углубление преддверия полости рта, пластика уздечек языка, разрез слизистой оболочки десны, резекция верхушки корня, резекция корня, удаление 1/2 зуба, удаление зуба, пересадка костного фрагмента, пересадка десневого лоскута, подсадка искусственной костной ткани и донорской костной ткани, пластика дна гайморовой пазухи (синус лифт), пластика десны и слизистой оболочки десневыми лоскутами, установка имплантатов (подчеркнуть выбранное).

В особо тяжелых случаях: удаление имплантата, ревизия мягких и костных тканей вокруг имплантата с возможной подсадкой искусственной кости.

В данном случае, с учетом всех полученных клинических данных, врачом Пациенту показано (рекомендовано)

5. ПОСЛЕДСТВИЯ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я предупрежден, что после операции имплантации в течение нескольких дней возможны ощущения дискомфорта и болезненности, боли в челюсти, припухание мягких тканей, ограничение открывания рта, появление в области углов рта трещин, возникновение травматического реактивного отека, синяка, которые требуют принятия обезболивающих и антибактериальных препаратов, соблюдения домашнего режима и выполнения рекомендаций врача. Не исключено возникновение воспаления в области вмешательства (остеомиелит – воспаление костной ткани, гайморит – воспаление гайморовой пазухи), а также наступление рисков, перечисленных в разделе 3 «Риски. Связанные с оказанием медицинской помощи».

В случае с Заказчиком в данном конкретном случае наиболее вероятными последствиями медицинского вмешательства являются:

6. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Мой _____ лет, _____ я _____ имею _____ сопутствующие болезни _____

что может осложнять приживление и функционирование имплантата..

При качественно оказанной помощи перспективы и результаты медицинского вмешательства зависят от текущего и последующего состояния здоровья пациента (Заказчика), своевременности его обращения за помощью, размера травмы мягких и твердых тканей при манипуляциях, индивидуальных анатомо-физиологических особенностей, выполнения рекомендаций врача и памятки для пациента, посещения врача для контрольного осмотра.

В результате медицинского вмешательства прерывается патологический процесс, либо устраняются условия, способствующие возникновению и развитию стоматологических заболеваний, восстанавливаются отсутствующие зубы.

Наличие у пациента общих соматических заболеваний и постоянный прием каких либо медицинских препаратов могут существенно ухудшить прогноз приживляемости имплантов либо прогноз успешности костной пластики.

Мне разъяснили цель и суть хирургической процедуры:

- по установке имплантата, и я понимаю, что установка имплантата осуществляется под десну в костную ткань челюсти,

- манипуляции с костной тканью или мягкими тканями, а также зубами.

Мне сообщили о том, что на настоящий момент не существует точного способа определения заживляющих способностей десны и костной ткани после проведения операции.

Я согласен на использование моих фотографий и киносъемки (зоны улыбки и полости рта, зубов), рентгеновских снимков на мероприятиях по повышению уровня квалификации врачей хирургов – имплантологов без указания моего имени и фамилии.

Я согласен на тип анестезии по выбору врача. Я сообщил точные данные о своем физическом и душевном здоровье, а также 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 прошу предоставить мне медицинские услуги, включая установку имплантатов и другие операции. Я полностью понимаю, что во время и после процедуры, операции и лечения, состояние может измениться, тогда по усмотрению врача, для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия.

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

Я обязуюсь выполнять все назначения врача до и после операции:

а) не принимать пищу за 8 часов до операции;

б) принимать назначенные лекарства до и после операции;

в) соблюдать гигиену полости рта;

г) не водить машину после срока определенного врачом, не проводить работу, связанную с физической нагрузкой;

д) не принимать алкоголь, не курить, не принимать наркотических средств.

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.

7. ВЫБРАННЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ

После всестороннего обследования лечащий врач предложил мне все возможные способы лечения и, рассмотрев все альтернативные возможности, получив исчерпывающую и в доступной для меня форме информацию о целях, методах, возможных рисках, вариантах и последствиях, а также предполагаемых результатах медицинского вмешательства, я выбираю:

Для оказания помощи в данном конкретном случае, с учетом волеизъявления Пациента и исходя из имеющейся клинической ситуации, врачом избраны следующий вариант(ы) медицинской помощи, на применение которого(ых) я (Пациент) даю свое информированное добровольное согласие:

_____/ (_____)
(подпись Заказчика) (Ф.И.О. Заказчика)

Перед началом лечения (работ) по ортопедии/имплантации мне разъяснена необходимость и настоятельно рекомендованы посещение врача-пародонтолога и врача-ортодонта до начала работ по ортопедии/имплантации. Мне понятно, что я должен соблюдать все сроки хирургических и ортопедических этапов зубной имплантации, иначе имплантат может отторгнуться. 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 разъяснено, 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 медицинских услуг или предотвращения вреда моему здоровью.

Настоящее добровольное информированное согласие мною прочитано, осознано и мне понятно, достаточно для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг (медицинское вмешательство). Настоящее согласие составлено в 1 экземпляре и подписано обеими сторонами, хранится у Исполнителя.

Я доверяю врачу _____ проведение показанного мне лечения (медицинского вмешательства).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения.

Мне разъяснено, что лечение будет многоэтапным и длительным, и ни никаких гарантий относительно исхода лечения мне не давали.

Я согласен со стоимостью операции зубной имплантации, количеством и стоимостью имплантата и биоматериалов.

От Исполнителя: _____
(врач-стоматолог)

Пациент: _____ / _____
(Ф.И.О)

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