

Приложение к договору и к амбулаторной карте
стоматологического больного № _____

Информированное добровольное согласие на проведение имплантации

Я, _____
(ФИО Пациента)
дата рождения _____, зарегистрирован(а) по адресу:

_____ ,
в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю **добровольное** согласие на проведение мне следующего медицинского вмешательства:

имплантация

Меня проинформировали о потенциальных рисках и возможных осложнениях.

Настоящее информированное согласие разработано с целью информирования о предстоящем моем лечении, мне названы условия проведения лечения, этапы проведения лечения, предложены альтернативные методы.

Настоящее информированное согласие содержит информацию о возможных рисках, осложнениях и прогнозах моего лечения.

Меня проинформировали о потенциальных рисках и осложнениях анестезии.

На проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю
врача — _____ (ФИО врача),

Описание технологии:

Мне разъяснено, что в ходе процедуры Врач под аппликационной («Дисилан паста»), инфильтрационной/проводниковой (Sol. Articaini 1,7 ml 1:100000, 1:200000) анестезией, установка имплантата, антисептическая обработка 0,05%-м раствором хлоргексидина; наложение швов, гемостаз.

Показания: отсутствующий зуб

Предполагаемый результат медицинского вмешательства: стабилизация-отсутствие осложнений.

Я понимаю, что даже при максимально возможной степени заботливости и осмотрительности лечащего врача, какая от него требуется по характеру выполняемой работы, и принятия всех мер для успешного проведения медицинского вмешательства, желаемый результат может быть не достигнут, в силу недостаточного уровня развития современной медицины, не гарантирующей стопроцентного результата; в силу индивидуальных особенностей организма пациента.

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

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

Я предупрежден(а), что **противопоказаниями к проведению медицинского вмешательства являются нижеперечисленные состояния пациента и я обязуюсь предоставить максимально точные данные, которые мне известны:** беременность; кормление грудью; онкология на этапе обострения, предраковые и фоновые заболевания; острые воспалительные процессы в мочеполовой системе; хронические болезни мочевого пузыря на этапе обострения; эпилепсия.

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать денежных и временных затрат, возможна

временная нетрудоспособность, и врач/клиника не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение мне/моему подопечному данного медицинского вмешательства.

Мне в доступной форме разъяснено и я понимаю, что существует возможность побочных эффектов или серьезных осложнений.

Я ознакомлен с приведенным ниже перечнем побочных эффектов:

боль, отек, инфекция и изменение цвета слизистой оболочки полости рта и десны. Могут появиться онемение губ, языка, подбородка, щеки или зубов. Точная продолжительность лечения не может быть определена. Также возможно воспаление вен, повреждение имеющихся зубов, перелом костей, пенетрация пазухи, отсроченное повреждение, аллергические реакции на используемые лекарства и т. д.

Возможные ощущения во время процедуры – обычно безболезненно, но может быть покалывания, ощущения давления

В случае проявления осложнений или дискомфорта/аллергических реакций, я обязуюсь сообщить об этом лечащему врачу в кратчайшие сроки.

Я осознаю, что тщательное соблюдение всех рекомендаций поможет снизить риски осложнений. Я предупрежден(а) лечащим Врачом о строгом соблюдении режима во время проведения процедуры и после нее. В частности,

1. К зоне вмешательства следует приложить холод на 10 минут через каждые 30 минут в первые 3 часа, и на 15 минут каждые 3-4 часа в последующие 2 дня. Это уменьшит болевые ощущения и снимет отек после имплантации.
2. Постарайтесь не контактировать с людьми, имеющими инфекционными заболеваниями. Присоединение бактериальной инфекции к послеоперационной ране чревато нагноением и тяжелыми воспалительными процессами.
3. Беспокоить языком швы категорически не рекомендуется, как и интенсивно двигать щеками и губами.
4. Тщательно следите за гигиеной полости рта, не допускайте скопление налета на зубах.
5. Рекомендуется первые 10 дней быть в доступности к оперирующему врачу, не планируйте на это время дальних поездок.
6. Для чистки зубов необходимо использовать мягкую зубную щетку, а во время процедуры нельзя затрагивать прооперированную область до двух недель. Не используйте ирригатор.
7. Нельзя есть в течение первых двух часов после имплантации, а по истечению этого времени стоит употреблять только мягкую и теплую пищу (идеальный вариант – теплые супы). Рекомендуется исключить из рациона острую пищу.
8. Принимайте лекарственные препараты, назначенные доктором, они помогут устранить боли после имплантации

Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с протоколом процедуры.

Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Клиники лечащий врач вправе отказаться от дальнейшего моего лечения.

Я имел(а) возможность задавать вопросы и на все получил(а) исчерпывающие ответы Лечащего врача.

Настоящим я даю согласие на проведение медицинской фото- и/или видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства и хранятся исключительно в моей медицинской карте.

Я разрешаю врачу опубликовать информацию о лечении меня в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

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.

Я прочитал(а) данное согласие, понимаю его смысл, принимаю данные факты и настоящим уполномочиваю провести мне медицинскую манипуляцию.

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии лечащего врача.

Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций.

Я был проинформирован(а) и понимаю цель и суть хирургической процедуры для установки имплантата, понимаю, что необходимо выполнить установку имплантата под десну или в кость.

После тщательного обследования мне рассказали об альтернативных методах лечения. Я пробовал или рассматривал эти методы, но предпочитаю имплантаты для восстановления отсутствующих зубов.

Я был предупрежден о возможном риске и возможных осложнениях в ходе и после операции анестезии, а также в результате приема лекарственных препаратов. Эти осложнения: боль, отек, инфекция и изменение цвета слизистой оболочки полости рта и десны. Могут появиться онемение губ, языка, подбородка, щеки или зубов. Точная продолжительность лечения не может быть определена. Также возможно воспаление вен, повреждение имеющихся зубов, перелом костей, пенетрация пазухи, отсроченное повреждение, аллергические реакции на используемые лекарства и т. д.

Я понимаю, что если ничего не предпринимать, может случиться следующее: заболевание кости, атрофия костной ткани, воспаление десны, подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления. Также возможно возникновение патологии височно-нижнечелюстного сустава, головной боли, иррадиирующей боли в шею сзади и в мышцы лица, утомляемостью жевательных мышц.

Мне объяснили, что не существует способа предсказать заживающие способности десны и костной ткани после проведения операции.

Мне понятно, что в определенных случаях имплантаты не приживаются и требуют удаления.

Я понимаю, что курение, прием алкоголя, употребление сахара могут повлиять на заживление десны и снижают успех лечения. Я согласен следовать инструкциям моего врача по уходу за полостью рта в послеоперационном периоде и на протяжении всего времени, пока имплантаты будут находиться у меня в полости рта.

Я согласен являться на профилактические осмотры с периодичностью _____ для контроля состояния имплантатов и десны. Я знаю, что в случае неявки на профилактические осмотры для меня могут возникнуть негативные последствия.

Я согласен на тип анестезии по выбору моего доктора. Я согласен не управлять автомобилем и не работать с другими опасными аппаратами по меньшей мере в ближайшие 24 часа после операции, до полного восстановления моего состояния после использования лекарственных средств.

Я сообщил точные данные о своем физическом и душевном здоровье.

Кроме того, я сообщил о всех имевших место аллергических реакциях или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях и другие сведения, запрашиваемые доктором.

Я согласен на использование моих фотографий и киносъемки, рентгеновских снимков на мероприятиях по усовершенствованию имплантологов, без указания моего имени и фамилии.

Подпись пациента _____ / _____

Ф.И.О. (полностью)

Вышеуказанный Пациент ознакомился и дал своё информированное добровольное согласие на указанное в нём медицинское вмешательство, а также расписался в настоящем документе в моём присутствии:

Подпись врача _____ / _____

Ф.И.О. (полностью)

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Дата	Номер зуба	Подпись пациента или законного представителя/ расшифровка	Подпись врача/ расшифровка