

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_ получил/а от врача \_\_\_\_\_ интересующую меня информацию об операции имплантации. После подробного разъяснения данных осмотра моих зубов, рта и челюстей, оценки моего общего состояния, вида моего заболевания (диагноза) мне были представлены в понятной форме объем и ход предложенного лечения, а также преследуемая цель. Я понимаю, что с помощью одного или нескольких имплантатов - «искусственных корней», установленных в челюсть, и протезом, опирающимся на них, будет восстановлена или улучшена функция моего жевания, а также и состояние моего здоровья. Я ознакомлен, /а с альтернативными методами протезирования, а также с последствиями при моем отказе от предложенного лечения. Мне понятно, что до начала операции имплантации я могу от нее отказаться.

Тип имплантата \_\_\_\_\_

Я был/а подробно проинформирован/а о типичных рисках и возможных последствиях, а также осложнениях, в том числе в отношении моей профессиональной деятельности. Врач объяснил мне, что в крайне редких случаях имплантат не «приживляется». Он становится подвижным в течение времени «приживления», т.к. вокруг имплантата в костной ткани может развиваться воспалительный процесс (периимплантит). Подвижный имплантат удаляется без особого труда. Через некоторое время операцию имплантации можно повторить в этой же области. Врач объяснил мне, что крайне редко могут быть следующие осложнения. При установке имплантатов на верхней челюсти в непосредственной близости к полости носа или верхнечелюстной пазухе может образоваться перфорация дна этих полостей. Имплантат может проникнуть в верхнечелюстную пазуху. Имплантат может прорезаться через слизистую оболочку полости рта. Имплантат может проникнуть в нижнечелюстной канал и или в мягкие ткани, окружающие челюсть. При проведении операции имплантации крайне редко встречаются осложнения, возникающие при хирургическом вмешательстве, такие как обморок, кровотечение из раны, кровоизлияние в мягкие ткани, онемение языка, губ, подбородка, зубов (крайне редко онемение может остаться навсегда), повреждение соседних зубов, нагноение раны, длительное заживление, флебит, лимфаденит; аллергические реакции в связи с проведением обезболивания, применением стоматологических материалов, приемом лекарств ( крапивница, отек Квинке, анафилактический шок).

Я проинформирован/а, что перед операцией имплантации необходимо провести подготовку полости рта к протезированию. Я понимаю, что на успех лечения влияет гигиеническое состояние моей полости рта. Я согласен/а регулярно посещать врача для проведения профессиональной гигиены в установленные сроки до и после операции имплантации, а также после окончания протезирования.

Врач объяснил мне и я понимаю, что при обращении впервые в жизни к стоматологу, а также при наличии у меня аллергических заболеваний, необходимо заключение врача – аллерголога о возможности применения обезболивающих средств, стоматологических материалов, лекарственных препаратов. Я в «Карте опроса больного» указал/а все перенесенные мною заболевания и лекарственные препараты, которые я принимаю. Я понимаю, что прием лекарственных средств перед имплантацией без уведомления лечащего врача может привести к нежелательным последствиям. Я понимаю, что курение, прием алкоголя, наркотических средств неблагоприятно влияют на «живление» имплантатов и ухудшают результат имплантации.

Я проинформирован/а и понимаю, что в случае возникновения осложнений мне необходимо обратиться к лечащему врачу для осмотра. В некоторых случаях может потребоваться госпитализация в отделение челюстно-лицевой хирургии.

Затраты времени для «вживления» имплантатов и изготовления и фиксации на них зубных протезов были со мной обсуждены.

Я даю согласие на проведение рекомендованного мне лечения - операцию имплантации, обдумав альтернативное лечение, а также на рентгенологическое обследование до, во время и после лечения. Я заявляю о своей согласии с возможными изменениями или расширениями операции имплантации, которые, несмотря на тщательную предоперационную диагностику в редких случаях не могут быть предусмотрены заранее, а также возможными необходимыми дополнительными обследованиями. Я информирован/а о моем поведении после операции имплантации. Я согласен/а регулярно посещать лечащего врача для контрольных и профилактических осмотров. Я обещаю не управлять транспортным средством пока не закончится действие лекарств, введенных во время операции.

Я ознакомился/ась с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я подтверждаю, что располагал/а достаточным временем, чтобы задать все интересующие меня вопросы, а также чтобы принять решение о согласии на операцию имплантации. Я ознакомлен/а с правами и обязанностями пациента, преискурантом и ориентировочной стоимостью предложенного лечения и предупрежден/а об изменении стоимости лечения с изменением плана обследования и лечения.

Я не буду иметь претензий в случае, если проведенное лечение не достигнет идеального запланированного результата, то есть не произойдет «приживление» имплантата, потребуются повторная операция имплантации или иной вид протезирования.

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 200\_\_ год

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Подпись лечащего врача \_\_\_\_\_

Инструкцию после проведения  
хирургического вмешательства получил

подпись \_\_\_\_\_