



Приложение к медицинской карте № \_\_\_\_\_

Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

## **Информированное согласие на дентальную имплантацию (имплантацию зубов)**

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество гражданина, одного из родителей ребенка до 15 лет, иного законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество ребенка (до 15 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство Дентальная имплантация (имплантация зубов),

(наименование вида медицинского вмешательства)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован (а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

Я полно и доступно информирован(а) о цели и сущности хирургической процедуры имплантации. Я понимаю, что необходимо для осуществления размещения имплантата в кости под десной.

Мой врач тщательно обследовал моё состояние полости рта. Альтернативы этому виду лечения мне были объяснены. Я испытал(а) или проанализировал(а) эти методы, но предпочитаю имплантацию для надёжного замещения отсутствующего зуба (зубов).

Я информирован(а) о том, что для оптимального размещения имплантата в челюстной кости в 60-100% случаях, в зависимости от локализации костного дефекта, необходимо проводить подсадку костной ткани или костно-замещающих препаратов. Забор костной ткани может быть проведен во внутриротовых или внеротовых донорских областях. Остеоинтеграция подсаженной костной ткани составляет от 3 до 9 месяцев.

Я информирован(а) о том, что костная ткань в донорской области через несколько месяцев восстанавливается полностью без наступления необратимых последствий для анатомии и функции донорских участков. Меня поставили в известность, что после операции необходимо ограничить физическую и функциональную нагрузку донорских областей в течение первого месяца после операции. Я не возражаю против проведения забора костной ткани из внеротовой или внутриротовой донорской области.

Мне сообщено о возможных осложнениях: боль, покраснение, отёк, временное изменение цвета зубов и языка, изменения вкусовой чувствительности.

Редкими, но возможными осложнениями являются такие осложнения как: инфекция послеоперационной области, подкожные кровоизлияния, повышение температуры, онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов. Точная продолжительность такого

состояния не предсказуема и может быть необратима. Так же возможны воспаления вены (флебит), повреждения имеющихся зубов, переломы кости, нарушение целостности синуса (гайморовой пазухи), отсроченное заживление, аллергические реакции к лекарственным препаратам и медикаментам.

Я понимаю, что если ничего не предпринимать (не замещать потерянные зубы, в частности с помощью имплантатов), то может произойти потеря кости челюстей, ухудшение условий для фиксации протезов, воспаление дёсен, подвижность зубов, смещение имеющихся зубов, возможно, даже приводящие к удалению зубов. Так же возможны нарушения в височно-нижнечелюстном суставе, боли в области шеи, головы, лицевых и жевательных мышц, утомляемость их при жевании.

Мой врач объяснил мне, что не существует метода точно предсказывающего возможности заживления кости и десны у каждого пациента после имплантации.

Я понимаю, что избыточное курение, потребление алкоголя, сахара, могут отразиться на заживлении дёсен и успешности имплантации.

Я согласен(а) следовать инструкциям моего врача по домашнему уходу за имплантатами. Я согласен(а) являться на регулярные осмотры к моему доктору и гигиенисту, как рекомендовано.

Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии. Я согласен(а) не управлять транспортными средствами и устройствами, связанными с повышенной опасностью, по меньшей мере 24 часа или более, пока не пройдут действие анестезии или других лекарственных препаратов, применённых для моего лечения.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья. Я так же сообщил(а) все случаи аллергических или необычных реакций на лекарственные препараты, пищевые продукты, пыльцу, укусы насекомых, анестетики, пыль. Я сообщил(а) об имеющихся у меня болезнях крови, внутренних органов, кожных и инфекционных болезнях, заболеваниях слизистых, нарушениях свёртываемости крови и других состояниях, относящихся к моему здоровью.

Я согласен(а) на проведение рентгенологических исследований, фотографирование, снятие на видеоплёнку и другие процедуры, сопряжённые с дентальной имплантацией при условиях соблюдения анонимности.

Я полностью понимаю, что в процессе осуществления разработанного плана лечения и проведения хирургических вмешательств, местные анатомо-физиологические условия могут быть отличными от предполагавшихся ранее, и по усмотрению врача может быть проведено дополнительное или альтернативное лечение. Я так же одобряю любые модификации в плане лечения, применяемых материалах, или послеоперационном уходе, если они направлены для лучшего удовлетворения моих интересов.

Я информирован(а) о том, что не реже одного раза в 6 месяцев пациенту необходимо пройти контрольный осмотр у врача-стоматолога и не реже одного раза в три месяца пройти гигиенические процедуры у гигиениста. А так же, что пациент обязан поддерживать хороший уровень гигиены полости рта и отказаться от злоупотребления курением, следовать рекомендациям врача.

Я извещен(а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.п.).

Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Мне известно, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма.

Мне разъяснены последствия в случае моего отказа от медицинского вмешательства, в том числе течение заболевания.

Мне известно, что отказ от медицинского вмешательства оформляется в медицинской документации и подписывается мною (пациентом) либо моим законным представителем, а также медицинским работником.

При отсутствии причинно-следственной взаимосвязи отклонений в состоянии моего здоровья и стоматологической услуги, выполненной в «Центре Междисциплинарной Стоматологии и Неврологии» последнее не принимает на себя обязательств по их устранению.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил(а) на них удовлетворительные ответы.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях заполнена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна.

Я разрешаю (не разрешаю) использовать информацию о моем заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

**Я принимаю решение осуществить дентальную имплантацию (имплантацию зубов) на предложенных мне условиях.**

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(или подпись его законного представителя)

Подпись врача: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /