

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

ЗУБНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ

Настоящее Добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об Основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, _____, соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог _____

В исключительных случаях стоматологическая клиника оставляет за собой право произвести замену лечащего врача, предварительно уведомив меня об этом.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути имплантации.

2.1. Диагноз: _____

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана (или отказ от его осуществления) и методов лечения в зависимости от клинической картины (ситуации), сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Допустимость увеличения сроков лечения в зависимости от клинической картины (ситуации), сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.6. Возможные альтернативные варианты лечения, а именно: _____

2.7. Возможные **негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения** или частичного его выполнения, а именно (ненужное вычеркнуть, нужное добавить): заболевание кости, атрофия костной ткани, воспаление десны, подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления, патология височно-нижнечелюстного сустава, головные боли, иррадиирующие боли в шею и в мышцы лица, утомляемость жевательных мышц, отторжение имплантата, _____

2.8. Возможные осложнения **под влиянием анестезии**, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции.

2.9. Возможные **последствия приема анальгетиков и антибиотиков** (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.10. Возможные осложнения **в ходе и после операции** (в редких случаях), а именно (ненужное вычеркнуть): боль, отек, инфекция или изменения цвета слизистой оболочки полости рта и десны, онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов, воспаление вен, повреждение имеющихся зубов, перелом кости, открытие гайморовой пазухи, отсроченное заживление десны, возможное отторжение имплантата (в некоторых случаях), что потребует его удаления.

2.11. Необходимость (в ряде случаев) осуществления дополнительного хирургического вмешательства, которое осуществляется до, после или одновременно с имплантацией, вмешательства по пластическому закрытию дефектов костной ткани и (или) мягких тканей десны с использованием аутоотрансплантатов и (или) препаратов для замещения и регенерации костной ткани.

2.12. После хирургического этапа имплантации (установки имплантата и заживления десны и костной ткани) последует этап ортопедического лечения (установка головки имплантата, покрытие имплантата искусственной коронкой, либо установка протеза (съёмного, комбинированного)). В ряде случаев используется метод **непосредственного протезирования**, который заключается в следующем: в день операции на имплантат фиксируется временный протез (временная коронка и временная головка имплантата) либо, в случае нескольких имплантатов, временный съёмный протез. Непосредственные (временные) протезы используются до момента полного приживления имплантата, после чего наступает этап протезирования с использованием постоянных протезов. Сроки проведения ортопедического лечения с использованием постоянных протезов устанавливаются индивидуально для каждого пациента, но не ранее, чем через два месяца после имплантации.

2.13. Возможны ограничения в управлении транспортным средством после операции имплантации, необходимость

щающейся диеты, а также регулярных явок на контрольные осмотры и тщательной гигиены полости рта, в том числе ухода за имплантатами и фиксированными на них зубными протезами.

- 3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно:** гарантии на приживление не даются, невозможно предсказать успешность приживления по причине медицинской специфики данного метода лечения, особенностей костной ткани и десен пациента, а также реакций организма. Среднестатистические показатели успешности имплантации - 97%. Курение, бруксизм (ночное скрежетание зубами) являются основными факторами риска для имплантации.
- 4. Мне названы и со мной согласованы:**
- 4.1. методы лечения и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- 4.2. сроки проведения лечения;
- 4.3. стоимость отдельных этапов (процедур) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач-стоматолог предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.
- 5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.**
- 6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения может понадобиться обследование** (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):
- 6.1. рентгенологическое (получение прицельного внутриротового снимка, панорамной томограммы, телерентгенограммы, конусно-лучевой компьютерной томограммы и др.);
- 6.2. консультация стоматолога (ов) иного профиля: _____;
- 6.3. консультация у врача (ей) общего медицинского профиля: _____;
- 6.4. _____;

Мною были заданы врачу интересующие меня вопросы о **сути и условиях** лечения, и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, и **принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Подпись пациента: _____ / _____
(Ф.И.О. полностью)

Подпись врача/гигиениста стоматологического: _____ / _____
(Ф.И.О. полностью)

« _____ » _____ 20__ г.
(дата подписи)

Для повторных обращений:

№ п.п		Дата	Диагноз	Ф.И.О. врача, подпись	Ф.И.О. пациента, подпись
1	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
2	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
3	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			