

**Информированное добровольное согласие пациента на
Операцию установки дентальных имплантатов, костной и мягкотканной пластики**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном после обследования диагнозе и необходимости проведения хирургической операции по установке дентальных имплантатов, костной и мягкотканной пластики. От альтернативного плана лечения с использованием съемного протезирования пластиночными протезами, несъемного протезирования с использованием мостовидных конструкций, мереленовских клеевых конструкций, телескопических протезов я отказываюсь в пользу протезирования с опорой на имплантатах.

Я информирован(а), что операция будет проводиться под местным или общим обезболиванием. Во время операции в костную ткань челюсти мне будут внедрены имплантаты и(или) мембраны, винты, пины, мягкотканые и костно-пластические материалы, и будут наложены швы. Операция будет проведена по общепринятой методике, с использованием сертифицированных стоматологических материалов. После операции, через определенный период времени, необходимый для интеграции имплантатов, мне будут изготовлены и установлены зубные протезы с опорой на имплантаты. Имплантаты будут выполнять функцию опоры для зубного протеза самостоятельно или в сочетании с собственными зубами. Вид будущего протеза определяется доктором и фиксируется в плане ортопедического лечения с опорой на имплантаты.

Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема), поэтому я соглашаюсь на возможное увеличение стоимости при увеличении объема операции. При невозможности установки имплантатов из-за состояния костной ткани операция будет прекращена либо проведена подготовка места для установки имплантатов путем мягкотканной пластики или аугментации кости (синус-лифтинг, расщепление гребня, пересадка костных блоков и другое) и прочие манипуляции согласно решению врача. Имплантаты в этом случае могут быть установлены как одномоментно, так и отсрочено после формирования мягких и костных тканей в сроки, рекомендованные лечащим врачом. Мягкотканная и костная пластика являются отдельными от установки имплантатов услугами и требуют дополнительной оплаты по прайсу Исполнителя на момент оказания услуги. В процессе лечения с применением имплантатов может потребоваться несколько операций по костной и мягкотканной пластике, необходимых для получения наилучшего клинического и эстетического результата лечения, а также установка формирователей десны и временных ортопедических конструкций на имплантаты.

Я информирован(а), что во время и после операции, в редких случаях, могут произойти нижеперечисленные осложнения:

1. Осложнения, возникающие непосредственно во время оперативного вмешательства:

Повреждение сосудисто-нервного пучка или перфорации слизистой оболочки гайморовой пазухи при костной пластике ее дна; формирование широкого костного воспринимающего ложа в случае постановки имплантата в лунку удаленного зуба; недостаточное количество или качество костной ткани для установки имплантата при удалении зуба. Данные осложнения устраняются по ходу операции, либо проводится дополнительная операция по наращиванию костной ткани и имплантат устанавливается позже.

2. Осложнения, возникающие в период от 1 месяца до 1 года:

Гингивит, переимплантит (кровоточивость и отечность десен вокруг шейки имплантата). Воспаление тканей вокруг имплантатов, что потребует дополнительного лечения и может привести к удалению имплантатов; припухлость, отек, болевые ощущения, кровотечение, гематомы, возможно инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы в случае несоблюдения предписанных врачом назначений, рекомендаций и правил гигиены;

Возможно онемение губы, языка, щеки, подбородка, зубов, возможен перелом нижней челюсти или перфорация гайморовой пазухи с перемещением имплантатов во внутрь пазухи. Возможно оголение шейки имплантата. Это происходит за счет повышенной резорбции костной ткани альвеолярного отростка и не нарушает фиксацию протеза. Если оголение шейки имплантата нарушает эстетику, проводится пластика десны вокруг имплантата.

3. Осложнения, возникающие от 1 года и более:

Гингивит, переимплантит. Возможно расшатывание имплантата, раскручивание фиксирующего винта, перелом шейки имплантата из-за перегрузки имплантата, перелома зубных протезов или расцементировки опорных коронок при несвоевременном обращении пациента к врачу клиники ООО «Изида+» в сроки более 10 дней после расцементировки коронок или перелома протеза;

Возможно проникновение инфекции под слизистую оболочку десны и, как следствие, врастание эпителия и разрастание грануляционной ткани вокруг имплантата из-за наличия зубных отложений по причине плохой гигиены полости рта.

При значительной атрофии костной ткани возможно застревание пищи во время еды, что потребует дополнительных усилий по гигиене полости рта и использованию ершиков и нитей.

4. *После операции синус-лифтинга может возникать:*

гайморит (синусит), расхождение швов и прободение гайморовой пазухи, перемещение имплантатов основной причиной которого является сниженный иммунитет, несоблюдение послеоперационного режима.

5. *После операции по реконструкции челюсти (костная пластика)*

может не произойти необходимый прирост костной ткани из-за несоблюдения профилактического режима, наличия общесоматических заболеваний. Существует возможность повторной операции по увеличению размера челюсти (ширина, длина). Все это приводит к увеличению сроков лечения, изменению схемы лечения. В случае возникновения осложнений «Исполнитель» устраняет осложнения отдельно по прейскуранту на момент оказания услуги.

Точную продолжительность этих побочных ощущений и осложнений невозможно прогнозировать, и в крайне редких случаях они могут быть необратимыми.

Понимая сущность предложенного лечения и сложность биологического организма человека, я согласен(на), что невозможно гарантировать 100% достижение результата лечения, что ожидаемый результат может отличаться от полученного в результате вмешательства. В связи с этим, я понимаю, что возможны случаи неблагоприятного исхода операции в виде неприживления имплантата, мягкотканного трансплантата и костно-пластического материала. В то же время Исполнитель может провести повторную операцию и, при необходимости, применить костно-пластические материалы для повторной операции. При неблагоприятном исходе операции (удаление или отторжение имплантата), явившимся следствием индивидуальной реакции организма на проведенное вмешательство и не связанном с нарушением Исполнителем общепринятых правил и методик оказания соответствующих услуг, Исполнитель за такие осложнения ответственности не несет.

Я понимаю, что курение, приём алкоголя, наркотиков, некоторых лекарственных препаратов, наличие и обострение имеющихся и вновь возникших заболеваний, полученные пациентом острые травмы, снижают успех лечения. Я согласен(а) выполнять рекомендации врача по приёму лекарственных препаратов в до- и послеоперационном периоде, по уходу за полостью рта, отказу от вредных привычек, изменению режима и характера питания, понимаю необходимость регулярно приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в амбулаторной карте стоматологического больного не реже 1 раза в 3 месяца).

Я информировал(а) врача обо всех случаях аллергии в прошлом и настоящее время. Я предупрежден(а) о том, что должен незамедлительно сообщать моему лечащему врачу обо всех изменениях моего здоровья.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство производиться не может. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в виде временной потери чувствительности в области обезболивания. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медицинские препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, онемение и отеки десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше. Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема лекарственных препаратов.

Мне объяснено, что имплантат может отторгаться в связи с возможными индивидуальными особенностями моего организма. Эти особенности нельзя предусмотреть заранее, но они не связаны с проводимым лечением. В таком случае я не буду иметь материальных претензий к ООО «Изида+» и требовать возврата средств за проведённое лечение.

Я уведомлен(а) о том, что лекарственные средства и анестетики могут вызывать неясное сознание, дремотное состояние, снижение реакции, ухудшение координации движений, что также может усиливаться действием алкоголя или лекарственных средств. Поэтому мне рекомендовали не управлять механизмами, автомобилем и другими опасными техническими средствами. Я согласен(а), не управлять автомобилем самостоятельно в течение 2-х часов после хирургического вмешательства и обязуюсь иметь в провозах 1 взрослого, способного проводить меня или доставить домой после окончания операции стоматологической имплантации.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров по методу, рекомендованному врачом. Я информирован(а), что при отказе от рентген-обследования в виде трехмерной компьютерной томографии врач не сможет провести качественное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

