

Информированное добровольное согласие на проведение комплексного лечения с использованием стоматологических имплантатов и костно-пластических операций в ООО «Аль Денте».

*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, как Пациент (Заказчик/Законный представитель Пациента) обращаюсь в ООО «Аль Денте» для проведения операции стоматологической имплантации внутрикостных стоматологических имплантатов, костно-пластической, костно-реконструктивной операции.

Я информирован(а), что операция будет проводиться под местным обезболиванием и премедикацией. Во время операции в костную ткань альвеолярного отростка челюсти мне будут внедрены титановые конструкции (имплантаты), а при костнопластической, костно-реконструктивной операции – костный материал искусственного или натурального характера.

Операция будет проведена по утвержденной методике, с использованием сертифицированных стоматологических имплантатов, костнопластических материалов в условиях поликлинической операционной.

Мне известны имеющиеся у меня заболевания полости рта, дефекты моего зубного ряда, а также заболевания других органов и систем моего организма.

Мне объяснили возможность протезирования с применением имплантатов, а также другие альтернативные способы протезирования без применения имплантатов.

Мне известно, что зубной имплантат представляет собой конструкцию, изготовленную из металла (титан), которую вживляют в костную ткань челюсти. Имплантат предназначен для замещения зубов, а также в качестве дополнительной опоры для съемных протезов с целью восстановления жевательной функции и эстетики.

Мне разъяснено, что при малом объеме костной ткани имплантат не может быть установлен, и для создания необходимого количества кости требуется дополнительные костнопластические и костно-реконструктивные оперативные вмешательства. В этом случае операция по установке стоматологического имплантата может быть проведена не ранее 6-8 месяцев от момента проведения этих операций.

Меня предупредили, что количество и качество вновь образованной костной ткани после костнопластических и костно-реконструктивных оперативных вмешательств сугубо индивидуально и зависит от особенностей (потенциальных возможностей роста костного регенерата – новой кости) моего организма.

Я информирован (а), что во время операции врач может изменить ее план в зависимости от фактического состояния (качества и объема) костной ткани.

Я информирован (а), что имплантаты и костнопластический материал в послеоперационном периоде могут вызывать реакцию отторжения, что приведет к их удалению.

Мне известно, что после протезирования, возможно, будет видна шейка имплантата в виде полоски блестящего металла.

Меня предупредили, что зубные протезы, изготовленные с применением имплантатов, не могут точно повторять анатомическую форму и положение ранее удаленных зубов.

Мне известно, что средний срок службы имплантатов в зависимости от общего состояния здоровья, качества гигиенического ухода составляет в среднем 10-15 лет.

Мне известно, что комплексное лечение с использованием имплантатов состоит из этапов:

- клиническое обследование,
- подготовка полости рта – санация (терапевтическая, хирургическая),
- лечение тканей пародонта,
- хирургическая операция (вживление металлической конструкции в костную ткань челюсти, – костнопластическая и костнореконструктивная операция),
- процесс укрепления (интеграции имплантата) – от 3 до 6 месяцев,
- протезирование зубопротезной конструкцией с опорой на имплантаты,
- обязательное ежегодное профилактическое обследование у имплантолога с контрольным рентгенологическим обследованием,
- обязательная, не реже 2 раз в год, профессиональная гигиена полости рта (снятие зубных отложений) на весь срок функционирования дентальных имплантатов.

Меня предупредили об обязательном и своевременном прохождении всех этапов и о том, что нарушение этого порядка может повлечь за собой отрицательный результат лечения.

Мне известно, что заболевания тканей пародонта является относительным противопоказанием к имплантации и сокращает срок службы имплантата.

Мне известно, что низкий уровень гигиены полости рта, наличие такого заболевания как бруксизм, лучевая терапия, химиотерапия, состояние беременности, а также вредные привычки (алкоголизм, курение) резко

повышают риск неудачи имплантации.

Я проинформирован(а) о дальнейших манипуляциях в соответствии с планом ортопедического лечения, а также о стоимости планируемого лечения на всех его этапах.

Мне известно, что при любом хирургическом вмешательстве неизбежно происходит причинение вынужденного вреда организму для предотвращения вреда от основного заболевания, а также причинение некоторых нравственных и физических страданий.

Меня предупредили, что в силу индивидуальных биологических особенностей человеческого организма существует определенный риск и возможность непредвиденных осложнений.

Осложнения предполагают, но не ограничиваются следующим:

- лицевая и челюстная припухлость, возникновение гематомы и изменение цвета кожного покрова в области челюстей, глаз, носа, длящееся обычно несколько дней;
- болевые ощущения, которые могут сохраняться до нескольких недель;
- некоторая потеря чувствительности или ощущение онемения в области подбородка, губ, десен, языка, зубов, которые могут продлиться от нескольких дней до нескольких месяцев. В редких случаях нарушение чувствительности или ощущение онемения могут приобрести стойкий характер;
- кровотечение в момент и после хирургического вмешательства;
- при обезболивании и в процессе операции при индивидуальных особенностях расположения возможно повреждение нервно-сосудистого пучка на нижней челюсти, что может в послеоперационном периоде проявиться некоторая потеря чувствительности, онемение;
- аллергическая реакция на медикаменты, обморок, анафилактическая реакция при проведении обезбоживания;
- как и в случае любого хирургического вмешательства, существует опасность послеоперационной инфекции.

Меня информировали о том, что операции по установке стоматологических имплантатов, а также костнопластические и костно-реконструктивные оперативные вмешательства заведомо связаны с риском и положительный результат зависит от состояния организма пациента, поэтому клиника не дает 100 % гарантии положительного результата.

Я также ознакомлен(а) с тем, что процент приживаемости имплантатов на современном этапе ориентировочно составляет 95 %, костнопластического материала – 80-85%.

Я информирован (а), что при неблагоприятном исходе операции (отторжения или удаления имплантата или костнопластического материала) деньги, уплаченные мною за проведенное лечение и использованные материалы (имплантаты, костнопластические материалы), возврату не подлежат.

Я информирован (а) о среднем сроке службы имплантатов и среднестатистическом проценте их приживления, а также о проценте положительных результатов при костнопластических и костно-реконструктивных операциях.

Меня предупредили о том, что в ходе операции возможно выявление анатомических особенностей строения челюсти, в результате чего врач может изменить план операции либо прекратить операцию.

Мне известны осложнения, которые могут возникнуть в связи с проведением комплексного протезирования с использованием имплантатов:

- подвижность зубопротезной конструкции с опорой на имплантат;
- наличие боли;
- прогрессирующая потеря твердых тканей вокруг имплантата;
- воспаление (инфекция), кровоточивость, отечность десен вокруг шейки имплантатов;
- расшатывание имплантата;
- оголение шейки имплантата;
- периимплантит;
- необходимость удаления имплантата.

Меня заранее предупредили, что указанные осложнения невозможно предвидеть и избежать, и клиника не несет ответственности за их наступление.

Мне сообщили, что хирургическое вмешательство может повлечь за собой временную нетрудоспособность.

Я подтверждаю, что меня ознакомили с инструкциями и медикаментозной терапией, которые необходимо выполнять до и после проведения операции имплантации, а также в течение всего времени пользования имплантатами. В случае несоблюдения инструкций риск возникновения осложнений увеличивается в несколько раз.

Я проинформирован (а), что гарантия на установку имплантата аннулируется в случае, если я в дальнейшем получаю стоматологические услуги в другой клинике (профилактическая гигиена, протезирование на имплантатах).

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах

и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо. Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания услуг.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты/договора на оказание платных медицинских услуг.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения лечебных манипуляций по стоматологической имплантации внутрикостных стоматологических имплантатов, костно-пластической, костно-реконструктивной операций, о чем расписываюсь собственноручно в Заявлении о принятии условий Договора с ООО «Аль Денте».