

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
(ОТКРЫТЫЙ СИНУС-ЛИФТИНГ, ЗАКРЫТЫЙ СИНУС-ЛИФТИНГ)
(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)**

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (сна) с названными мне условиями его проведения

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" ____ " _____ года рождения, проживающий (ая) по
адресу: _____

<i>Этот раздел бланка заполняется только на недееспособных граждан</i>
Я, _____
Паспорт: _____, _____ выдан _____
являюсь законным представителем лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:

(ФИО полностью, год рождения)

соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить врач стоматолог - _____ (далее по тексту врач).

(должность, ФИО)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата производится в день проведения медицинского вмешательства по прейскуранту Клиники.

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество

Мне разъяснено, что синус-лифтинг – это один из видов костнопластических операций, проводимых в области боковых зубов верхней челюсти перед или совместно с имплантацией. Главная задача манипуляции - восстановление нужного объема кости и создание условий для установки дентального имплантата. Данная операция проводится в области боковых зубов верхней челюсти, так как эти зубы граничат с анатомическим образованием, называемым верхнечелюстным синусом, или гайморовой пазухой.

Я информирован(а), что альтернативными методами лечения являются: отказ от имплантационного метода протезирования зубов верхней челюсти в пользу традиционного съемного и несъемного протезирования; использование принципиально иных видов имплантатов, не требующих операции синус-лифтинга, таких как внутрикостно-поднадкостничные, внутризубно-внутрикостные, внутрислизистые, субмукозные (подслизистые), поднадкостничные (субпериостальные); отсутствие лечения вообще.

Мне разъяснены показания к синус-лифтингу:

- атрофия кости из-за недостаточной нагрузки. Необходимость в операции чаще всего возникает в случае атрофии кости. Если зуб был утрачен – кость перестает испытывать жевательную нагрузку и постепенно убывает. Атрофия может наблюдаться и в случае скученности зубов, когда жевательная нагрузка распределяется неравномерно;
- возрастные изменения костной ткани. Иногда кость может оказаться слишком тонкой для крепления импланта из-за возрастной атрофии кости – с возрастом объем гайморовых пазух увеличивается, а кость истончается;
- особенности строения гайморовых пазух. В некоторых случаях синус-лифтинг проводится из-за некоторых физиологических особенностей строения верхней челюсти и гайморовых пазух – например, низкого расположения дна гайморовой пазухи.

Мне разъяснены абсолютные противопоказания к синус-лифтингу:

- декомпенсированные заболевания сердечно сосудистой системы;
- патология иммунной системы (красная волчанка, полимиозит, тяжелые инфекции, гипоплазия тимуса и паразитовидных желез);
- заболевания костной системы, снижающие репарацию кости (остеопороз, врожденная остеопатия, остеонекроз, дисплазии);
- заболевания эндокринной системы (гипофиз, патология надпочечников, тяжелые формы гипер- и гипотиреоза, гипер- и гипопаратиреоза, сахарный диабет);
- болезни крови (лейкозы, талассемия, лимфогранулематоз, гемолитические анемии);
- заболевания центральной и периферической нервной системы (шизофрения, паранойя, слабоумие, психозы, неврозы, алкоголизм и наркомания);
- злокачественные опухоли;

- туберкулез;
- ВИЧ и венерические заболевания.
- беременность.

Мне разъяснены относительные противопоказания к синус-лифтингу:

- неудовлетворительная гигиена полости рта;
- предраковые заболевания полости рта;
- прохождение пациентом курса химио- или радиотерапии;
- курение;
- занятия экстремальными и травматичными видами спорта;
- наличие в анамнезе хирургических вмешательств в области синуса;
- множественные перегородки пазухи;
- наличие кист в области верхнечелюстных синусов или других патологических образований в области предполагаемой операции или в месте установки имплантатов;
- слишком малое количество костной ткани между слизистой оболочкой полости рта и пазухой, что препятствует ее поднятию;
- гайморит или другие хронические ЛОР заболевания.

Мне подробно разъяснены этапы синус-лифтинга:

- консультация и диагностика. Проверка состояния ротовой полости, анализ крови, проведение рентгенографии или компьютерной томографии для оценки состояния костной ткани и строения гайморовых пазух.
- анестезия. Синус-лифтинг под общим наркозом проводится редко. Как правило, достаточно применения местной анестезии.
- хирургический этап. Протокол и нюансы операции различаются в зависимости от вида операции.

Я информирован(а) что существуют два основных вида синус-лифтинга при имплантации зубов: закрытый и открытый.

Мне разъяснены этапы операции закрытого синус-лифтинга:

С помощью сверла врач делает отверстие, которое станет ложем для будущего имплантата. Через сформированный доступ врач добирается до пазухи, дно которой отодвигается специальным инструментом. В образовавшуюся полость закладывается костный материал.

Мне разъяснены этапы операции открытого синус-лифтинга:

Специальным бором или пьезохирургическим аппаратом высверливается отверстие (так называемое боковое окно) в проекции верхнечелюстной пазухи. Слизистая дна пазухи отодвигается, между слизистой и образовавшейся полостью укладывается коллагеновая мембрана. Оставшееся пространство заполняется костнопластическим материалом. Зона вмешательства закрывается мягкими тканями, накладываются швы. После операции открытого синус-лифтинга на приживание костного материала требуется длительный срок - в среднем от 90 до 120 дней.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:

- нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что иногда потребует отказаться от продолжения и выполнения данной операции;
- инфицирование и, как следствие, воспалительный процесс в области пазухи (в частности, синусит);
- проталкивание имплантата в верхнечелюстную пазуху;
- к послеоперационным осложнениям данных вмешательств относятся: болезненность, кровоточивость из раны в полости рта и из носа, временное или постоянное онемение десен, зубов верхней челюсти и неба в области вмешательства, утрата костного материала, экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления, формирование соустья между пазухой и полостью рта, отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем, отторжение или подвижность установленного имплантата, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении первое время возможны болезненные ощущения, отеки, гематомы (синяки).

Мне разъяснены следующие рекомендации после синус-лифтинга:

- своевременный приём назначенных врачом медикаментов, в особенности антибиотиков и противоаллергенных препаратов;
- соблюдение определенного режима питания (только мягкая и теплая пища в первые недели до снятия швов, употреблять пищу на здоровой стороне, чтобы избежать лишней нагрузки);
- до снятия швов - исключение физических нагрузок, затем до месяца только легкие нагрузки;
- по возможности исключение авиаперелетов;
- для избежание отеков после синус-лифтинга - исключение посещения бассейна и саун;
- не создавать лишнее напряжение в носовой полости.

Мне разъяснено, что при операции возможны аллергические реакции на медикаментозные препараты, используемые при проведении анестезии, возможны воспалительные процессы в десне и кости, повреждение зубов, пенетрация верхнечелюстной пазухи, онемение кожи губ и подбородка, не связанные с нарушением технологии операции. Мне разъяснено, что в случае возникновения данных осложнений для устранения этих

нежелательных проявлений может потребоваться дополнительное лечение, которое я согласен(сна) оплатить по прейскуранту Клиники.

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

Я информирован(а), что в процессе оперативного вмешательства, может возникнуть необходимость изменения или отклонения от планируемого плана оказания медицинской помощи, что диктуется возникшей клинической необходимостью.

Мне разъяснено, что результат операции синус-лифтинга не может быть гарантирован, костный материал после операции может отторгаться, что связано с особенностями моего (представляемого) организма. Эти особенности нельзя предусмотреть заранее, и они не связаны с проводимым лечением. В этом случае я не буду иметь материальных претензий к Клинике и требовать возврата средств за проведенное лечение.

В доступной для меня форме мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего (представляемого) здоровья:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

Я подтверждаю, что:

Мне разъяснили, и я понимаю всю суть и серьезность хирургического вмешательства.

Я информирован(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Я понимаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и ситуации, которые могут потребовать изменения плана лечения, применения дополнительных методов, чтобы получить по возможности лучший результат, поэтому уполномочиваю врача и выбранных им помощников осуществить это.

Я понимаю и принимаю то, что положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Я даю свое согласие на фотографирование (без лица) зубных рядов при оказании мне (представляемому) стоматологических услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью Клиники.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня (представляемого) правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей (представляемого) медицинской карты.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

(ФИО пациента)

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

(подпись)

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