

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАЦИЮ ПО УДАЛЕНИЮ ЗУБНОГО ИМПЛАНТАТА

(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 недееспособного гражданина - полностью, год рождения) | |

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

| №п/п | Код по номенклатуре | Вид вмешательства/услуги | Количество |
|------|---------------------|--------------------------|------------|
| | | | |

Мне разъяснено, что удаление зубного имплантата — это хирургическая операция, проводимая под действием обезболивающего.

Мне разъяснены показания к удалению имплантата: травмы или механические нагрузки, которые приводят к поведению титанового корня; неправильная установка титанового стержня; развитие аллергии на материалы имплантата; слабый иммунитет; повышенный уровень сахара в крови; обострение некоторых хронических заболеваний; несоблюдение правил ухода за имплантатом и рекомендаций врача относительно некоторых ограничений в первые дни после имплантации; вредные привычки.

Мне разъяснено, что процедура по удалению зубного имплантата является травматичной.

Мне разъяснено, что процедура по удалению имплантата включает следующие манипуляции: местное обезболивание; снятие коронки или протеза; надрез мягких тканей десны; извлечение импланта; антисептическая обработка; пластика кости и тканей десны.

Мне разъяснено, что операция по удалению зубного имплантата заключается в удалении имплантата из челюстной кости при помощи специальных, адаптированных для разных имплантатов и разных ситуаций в полости рта инструментов. Зачастую врачу необходимо препарировать кость в области удаляемого имплантата и вокруг него для обеспечения доступа. В таких случаях для скорейшего восстановления целостности костной ткани врачом могут использоваться специальные костеобразующие материалы и мембраны, а также возможна пересадка собственной кости пациента как в «смеси» с костеобразующими материалами, так и без них.

Мне разъяснено, и я осознаю что после удаления имплантата деформация может быть более выражена, чем до первой операции; после операции на месте разрезов остаются постоянные рубцы; их качество не может быть в полной мере предсказано, так как процессы формирования рубцов индивидуальны.

Также мне разъяснено, и я осознаю, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 2-3 дня после операции.

Мне разъяснено, что после операции возможно развитие любых общехирургических осложнений (нагноение раны, кровотечение, тромбофлебит, тромбоемболия, образование келоидных рубцов и др.), а также следующих осложнений, характерных для данной операции: после удаления имплантата под кожей могут возникать послеоперационные скопления крови или развиваться нагноение - это может потребовать проведения дополнительных операций.

Я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача в послеоперационный период. Чтобы нивелировать риски развития осложнений после удаления импланта, необходимо следовать следующим рекомендациям:

- первые 3 часа прикладывать к области вмешательства холодные компрессы (держат по 5 минут с паузой 10 минут);

- полоскать полость рта 2 раза в день в течение недели водным раствором хлоргексидина (0,05%)
- не чистить зубы 2 дня на стороне хирургического вмешательства;
- являться на назначенные врачом плановые осмотры;
- принимать назначенные врачом антибактериальные и противовоспалительные препараты;
- на 3 дня отказаться от слишком холодной, горячей и твердой пищи;
- минимум 2 дня избегать физических нагрузок;
- не посещать баню, сауну или бассейн, пока не сняты швы;
- отказаться от курения на 7-10 дней после экстракции стержня.

Мне разъяснено, что после окончательного заживления лунки (через 3-4 месяца) возможны 2 варианта лечения: если есть достаточный объем кости, устанавливается новый имплант. Если костной ткани не хватает, ее наращивают. Для этого хирург забирает костную ткань из других участков челюсти и подсаживает туда, где ее недостаточно. Такая операция может быть проведена либо одновременно с установкой импланта, либо отдельным этапом. В последнем случае вначале подсаживается костный материал, а через 4-6 месяцев устанавливается имплант.

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 здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

_____ (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 разъяснено, и я понимаю всю суть и серьезность хирургического вмешательства.

Мне доступно разъяснено содержание и результаты операции, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения.

Мне разъяснено и понятно, что для новой имплантации в области удаленного имплантата, в связи с большой убылью костной ткани, может снова понадобится костеобразующая операция, даже если таковая была проведена во время операции по удалению имплантата.

Я понимаю и осознаю, что поддержание качественного уровня гигиены полости рта позволит длительно сохранить достигнутые результаты лечения.

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 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, представителя)

_____ (подпись)

_____ (ФИО медицинского работника)

_____ (подпись)

«» г. (дата оформления)