

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «Закон 323-ФЗ»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ИМПЛАНТАЦИЮ, ОСТЕОПЛАСТИКУ (ВКЛЮЧАЯ СИНУС-ЛИФТИНГ), ПЛАСТИКУ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Я, _____
Ф.И.О. взрослого пациента

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____,
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в ООО «Кораллдент» (ОГРН 1183025003776), далее именуемое - «Исполнитель» и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **на имплантацию, остеопластику (включая синус-лифтинг), пластику мягких тканей.**

Я, информирован(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, мериленд-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 ниже перечисленные 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 расцементирования опорных коронок при несвоевременном обращении пациента к врачу клиники ООО «КораллДент» в сроки более 10 дней после расцементирования 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 отечности 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 «КораллДент» и требовать возврата средств за проведенное 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 провоятах 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.

Я информирован(а) о среднем сроке службы имплантатов и среднестатистическом проценте благоприятного исхода операции по установке имплантата и операций по костной и мягкотканной пластике. Меня уведомили, что костная и мягкотканная пластика может потребоваться до установки имплантатов, в момент установки имплантатов, а также после полной интеграции имплантата перед протезированием. Невыполнение такой рекомендации может послужить причиной неудачи протезирования в связи с высокими медицинскими рисками возникновения осложнений и нарушения врачебных рекомендаций. Я понимаю, что в случае несоблюдения врачебных рекомендаций по срокам временного и постоянного протезирования я лишаюсь права на гарантию на все результаты оказанных услуг (в соответствии с гарантийным положением ООО "КораллДент").

Я уведомлен(а), что для получения ожидаемого результата от протезирования на имплантатах необходимо полностью завершить весь комплексный план лечения и протезирования, рекомендованный лечащим врачом. Отказ от полного завершения комплексного плана лечения или несоблюдение сроков лечения на любом этапе является поводом для аннулирования Исполнителем гарантий на все ранее полученные результаты медицинских услуг.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, связаны со случаями аллергии или индивидуальной реакции моего организма на вмешательство, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я информирован(а), что длительное заживление послеоперационной раны, ее возможное инфицирование, частичное или полное расхождение швов, раскручивание винта на имплантате или формирователя десны, сопутствующий синус-лифтингу воспалительный процесс в гайморовой пазухе, выкрашивание элементов костно-замещающих материалов из раны, прорезывание частей фиксирующих винтов, пинов и мембран, образование послеоперационных рубцов, неприживление, частичное или полное рассасывание мягкотканного или костно-пластического материала считаются особенностями проведения хирургических вмешательств и не являются существенными недостатками оказанных медицинских услуг. Я предупрежден о необходимости приема антибиотиков и других препаратов по назначению врача.

Я информирован (а) о том, что протезирование будет проведено в сроки, установленные для каждого вида имплантатов и индивидуальных особенностей организма. Эти сроки, установленные врачом, должны быть полностью соблюдены для максимальной адаптации имплантата в костной ткани. Оплата за ортопедический этап лечения мною будет проведена отдельно по расценкам ортопедического прейскуранта на момент проведения этапа протезирования.

Мне разъяснили, что вид фиксации ортопедической конструкции на имплантаты (цементной или винтовой) выбирает врач исходя из клинической ситуации и медицинских показаний.

Я уведомлен(а), что при винтовой фиксации на наружной части коронок будут шахты доступа к фиксирующему винту, которые закрываются пломбирочным материалом. Материал подлежит последующей коррекции при нарушении краевого прилегания по показаниям. В случае применения комбинированных абатментов может происходить отклейка основания от титановой базы или раскручивание фиксирующего винта, что является конструктивной особенностью изделия и не относится к недостаткам оказанной услуги. Атрофия костной ткани до 2мм в пришеечной части после установки имплантатов является нормой.

Я уведомлен(а) о необходимости после протезирования на имплантатах обязательно использовать для самостоятельной гигиены ирригатор полости рта и проходить процедуру профессиональной гигиены не реже 1 раза в 6 месяцев. Я знаю, что любой съемный протез с опорой на имплантаты подлежит обязательной перебазировке и коррекции опорно-удерживающих элементов в сроки не реже 1 раз в 6 месяцев с оплатой данной услуги по прайсу клиники.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне объяснили значение схемы нумерации зубов и всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг. Я подтверждаю свое согласие на медицинские вмешательства на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Пациент/Законный представитель: _____/_____

Врач: _____/_____

Дата: {ДатаПолная}