### ЛИСТ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ – ОПЕРАЦИЯ ИМПЛАНТАЦИИ**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина или его законного представителя. Данное **информированное добровольное согласие пациента (законного представителя пациента) на медицинское вмешательство: хирургическое стоматологическое лечение – операция имплантации,** является Приложением к медицинской карте стоматологического больного

*(указывается полностью ФИО пациента, в случае несовершенного летнего еще и ФИО его законного*

*представителя)*

ЦЕЛЬЮ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ – ОПЕРАЦИИ ИМПЛАНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ОТСУТСТВУЮЩЕГО(ИХ) ЗУБА(ОВ) С ПОМОЩЬЮ ИССКУСТВЕННОГО КОРНЯ – ИМПЛАНТАТА.

Имплантация зубов - метод установки искусственного «корня», изготовленного из титана, в верхнюю или нижнюю челюсть. Зубные имплантаты применяются как опоры, на которые крепятся либо коронки (полноценно заменяющие утраченные зубы), либо съемные или несъемные

зубные протезы. Конструктивно имплантат состоит из двух частей - собственно имплантата, представляющего собой титановую конструкцию, устанавливаемую в челюсть хирургическим путем, и абатмента, производимого из медицинского сплава титана или из сплава благородных металлов, который соединяется с имплантатом после процесса приживления.

Как и любые стоматологические или медицинские процедуры, установка зубных имплантатов, а также введение лекарственных и обезболивающих препаратов связана с **определёнными рисками**

### и осложнениями:

*Наиболее часто встречающиеся риски:*

* воспаление десны лёгкой или средней степени, в том числе в течение продолжительного периода, в особенности при ненадлежащем уходе за полостью рта;
* кровоточивость десны в ранний послеоперационный период и в отдаленные сроки;
* дискомфорт или боль при откусывании и/или пережевывании пищи;
* ощущение инородного тела после установки протеза;
* отек мягких тканей полости рта и лица.

*Иногда встречающиеся риски:*

* выцветание, стирание, отклеивание или выпадение временного зубного протеза;
* выпадение временно установленного постоянного зубного протеза, его проглатывание или попадание в дыхательные пути (крайне редко);
* инфекционное воспаление в области установленного имплантата;
* временное изменение цвета мягких тканей полости рта и кожи лица, низкая чувствительность губ, языка, тканей подбородка, щек и зубов;
* невозможность удалить временно установленный постоянный протез;
* рецессия десны, атрофия кости, в результате чего края имплантатов/части винтов становятся видимыми;
* разбалтывание фиксирующих винтов между, соединяющих имплантат и абатмент;
* неприятный запах, исходящий от фиксирующих винтов.

*Редко встречающиеся риски:*

* аллергическая реакция на использованные материалы, на средства местного обезболивания или другие используемые при лечении лекарственные препараты;
* разрушение фиксирующих винтов;
* изменение металлических поверхностей имплантатов/супраконструкций/протезов;
* изменение цвета десны в области имплантата;
* хирургическая травма зубов;
* скол фрагмента кости, проникновение в полость верхнечелюстного синуса;
* увеличение сроков заживления послеоперационной раны.

Помимо вышеописанных рисков, могут существовать и иные риски, не упомянутые здесь.

*В Вашем случае возможны следующие специфические риски:*

### Для достижения положительных результатов лечения необходимо соблюдать следующие

**рекомендации:**

 Не забудьте проинформировать нас об особенностях Вашего организма и имеющихся аллергических реакциях. Настоящим Вы информируете нас о следующих своих заболеваниях и аллергических реакциях:

 В случае появления ощущения дискомфорта, боли, иных проблем или вопросов необходимо сразу же обратиться к Вашему лечащему врачу.

 В целях профилактики необходимо проверять состояние полости рта новых протезов у стоматолога не реже 2 раз в год.

 Кариес не может развиться на имплантатах. Тем не менее, возможны заболевания костной ткани и слизистой оболочки десны, которые могут привести к отторжению имплантата. Поэтому очень важно обеспечить надлежащий ежедневный уход за полостью рта, особенно в местах соприкосновения десны с имплантатами.

 Как и здоровые натуральные зубы, так и зубные имплантаты не должны подвергаться избыточной нагрузке. Поэтому не рекомендуется жевать кости, откусывать твёрдые вещества, открывать зубами крышки бутылок, стёсывать имплантаты и установленные на них коронки/протезы пилочками для ногтей и иными средствами, и т.д.

 В случае выпадения временной или постоянной коронки/моста, установленных на имплантат, не пытайтесь установить их обратно самостоятельно. Сохраните их и незамедлительно обратитесь к Вашему лечащему врачу.

Имплантаты, на которые не устанавливаются зубные протезы, не имеют никакой практической пользы.

### Последствия отказа от лечения:

В случае отказа от предложенного и альтернативных методов лечения возможны следующие риски:

* нарушение опоры зубов и челюстей, что может привести к подвижности зубов, дискомфорту/боли/повреждению челюстного сустава.
* снижение жевательной эффективности, что может привести к проблемам с питанием и пищеварением.
* ускоренная атрофия костной ткани из-за усиления давления при жевании.
* осложнения, связанные с нарушением расположения челюстей и зубов-антагонистов.
* убыль костной ткани, воспаление тканей десны, повышенная чувствительность и подвижность зубов.
* осложнения, связанные с патологическим состоянием височно-нижнечелюстного сустава: головная боль, боль в области лица и задней поверхности шеи, быстрое утомление мышц лицевого скелета при жевании.

# СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА:

Лечащий врач провел полное исследование полости рта. Мне были разъяснены альтернативные методы устранения дефекта зубного ряда. Альтернативным методом лечения является изготовление и фиксация в полости рта частичного съемного пластиночного протеза или бюгельного протеза.

Я рассмотрел(а) предложенные методы лечения и даю согласие на восстановление отсутствующих зубов методом имплантации

. *(указывается тип, модель имплантата)*

Я предупрежден(а) врачом о том, что в процессе оперативного вмешательства может возникнуть необходимость увеличения объема кости синтетическими костными материалами.

Я прочитал(а) и понял(а) информацию, содержащуюся в информационном листе и иных представленных мне для ознакомления документах, в которых отражены основные сведения, полученные во время информационной консультации.

Во время консультации у меня была возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, например, о специфических рисках, возможных осложнениях и альтернативных методах лечения. Лечащий врач дал полные и исчерпывающие ответы на мои вопросы.

# Я предупрежден(а) лечащим врачом о необходимости проведения процедуры профессиональной гигиены полости рта за 3(три) дня до операций.

Я проинформирован(а) о том, что я могу отозвать свое согласие на данную процедуру в любое время до начала лечения.

Мне было предоставлено достаточно времени для принятия решения; мне больше не требуется дополнительное время для обдумывания решения.

Я понимаю, что чрезмерное курение, употребление алкоголя и сахара могут оказывать негативное влияние на заживление послеоперационной раны и результат операции имплантации. Я обязуюсь следовать инструкциям лечащего врача по уходу за полостью рта.

Я обязуюсь информировать врача обо всех необычных ощущениях и случаях, происходящих со мной в ранний и отдаленный реабилитационный период после хирургического вмешательства.

Я даю согласие на проведение местного обезболивания и на все медицинские действия, которые врач сочтет необходимым провести для улучшения моего состояния в процессе лечения.

Я проинформировал(а) врача об общем состоянии своего здоровья. Также я сообщил(а) обо всех предшествующих аллергических или необычных реакциях на лекарственные препараты и средства местного обезболивания, продукты питания, укусы насекомых, пыльцу растений, кровь, пыль и предметы обихода; особенностях кровотечения при травме, а также о других особенностях, связанных с моим здоровьем, в том числе о перенесенных или имеющихся у меня заболеваниях, таких как СПИД, бронхиальная астма, гепатит, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания желудочно-кишечного тракта, туберкулез и другие заболевания, а также о случаях переливания крови, о контактах с инфекционными больными.

Я проинформировал(а) врача о принимаемых мной лекарственных средствах и биологически активных добавках, а именно .

Мне было осведомлена о том, что в отдельных случаях операция имплантации может пройти неуспешно, что потребует удаления установленного имплантата.

Я был(а) информирован(а) и понимаю, что комплексное стоматологическое лечение – это сложный и длительный процесс. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я осознаю, что никто не может с абсолютной точностью предсказать результат планируемого лечения.

Настоящим я даю свое согласие на проведение предложенной(-ого/-ых) процедур(ы)/метода(ов) лечения.

Я даю согласие на анестезию, изменение или продление лечения в случае необходимости, а также на повторное и последующее хирургическое вмешательство.

Настоящим я даю согласия на проведение рекомендованного лечения. Я проинформирован(а) о возможных последствиях отказа от лечения для моего здоровья (см. раздел

«Последствия отказа от лечения»).

### Я даю свое согласие на фотографирование, а также проведение видеосъемки оперативного вмешательства. При этом фотографии, а также видеозапись остаются собственностью ООО «Дентал Арт» и используются внутри клиники для контроля и оценки результатов проведенной операции.

Документация, которая находится у моего лечащего врача, может быть использована в лечебных, образовательных и исследовательских целях.

Я осознаю, что использование данных моей амбулаторной карты может привести к разглашению моей индивидуальной медицинской информации. Я даю разрешение на это. Ни я, ни мои ближайшие родственники, ни люди, представляющие мои интересы, не будут предъявлять финансовые или юридические претензии в отношении того, что перечислено в данном документе. Ксерокопия этого документа имеет такую же юридическую силу, как и оригинал. Я полностью ознакомился/ознакомилась с документом, мне все понятно и я согласен/согласна со всеми положениями данного документа, что подтверждаю своей подписью.

Пациент

Врач

*(подпись пациента, либо доверенного лица, Ф.И.О.)*

*(подпись лечащего врача, Ф.И.О.)*

М.П.

## Дата «\_ » 202 г.