

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на дентальную имплантацию**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента, либо его законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное информированное согласие на предложенное мне либо лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство:

(вид имплантации)

по поводу диагноза: \_\_\_\_\_  
(наименование и код по МКБ-10)

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Альтернативы этому виду лечения мне были предложены, но я предпочитаю имплантацию для надёжного замещения отсутствующего зуба (зубов).

Я информирован(а) о том, что протезирование на дентальных имплантатах является методом, предложенным в клинических рекомендациях (протоколах лечения) при диагнозах «частичное отсутствие зубов» (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита), «полное отсутствие зубов» (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита), утвержденных Постановлением №15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года.

Со мной согласованы технологии, методы и материалы, которые будут использоваться при лечении.

Я информирован(а) о том, что если ничего не предпринимать (не замещать потерянные зубы, в частности с помощью имплантатов), то может произойти потеря кости челюстей, ухудшение условий для фиксации протезов, воспаление дёсен, подвижность зубов, смещение имеющихся зубов, возможно, даже приводящие к удалению зубов. Так же возможны нарушения в височно-нижнечелюстном суставе, боли в области шеи, головы, лицевых и жевательных мышц, утомляемость их при жевании.

Я информирован(а) о необходимости предварительной профессиональной гигиены и санации полости рта, рентгенологического и клинического обследования, которые могут потребоваться в процессе лечения.

Я информирован(а) о том, что для оптимального размещения имплантата в челюстной кости в ряде случаев необходимо проводить увеличение объема костной ткани костной пластикой или введением костно-замещающих препаратов. Я информирован(а) о том, что костная ткань в донорской области через несколько месяцев восстанавливается полностью без наступления необратимых последствий для анатомии и функции донорских участков. Меня проинформировали о том, что после операции необходимо ограничить физическую и функциональную нагрузку донорских областей в течение первого месяца после операции. Я не возражаю против проведения забора костной ткани из внутриротовой донорской области.

Меня проинформировали о возможных последствиях, а именно:

- аллергические реакции;
- кровотечение;
- нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что иногда потребует отказаться от продолжения операции и выполнения её через два месяца;

- послеоперационные дискомфорт, отёк мягких тканей, болезненность, но эти симптомы обратимы.

Полное исчезновение всех симптомов происходит через 3 недели или больше.

- послеоперационные осложнения: инфицирование раны и верхнечелюстной пазухи, кровотечение из раны в полости рта или из носа, гематома мягких тканей (синяки), временное или постоянное онемение дёсен, зубов верхней челюсти и нёба 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, усугубление патологии ВНЧС при её наличии;

- нарушение состава кишечной микрофлоры, связанное с приемом антибиотиков при их назначении.

Я информирован(а) о том, что курение, потребление алкоголя могут отразиться на заживлении дёсен и успешности имплантации. Я информирован(а) о необходимости следовать инструкциям лечащего врача по домашнему уходу за послеоперационной областью, имплантатами. Я информирован(а) об обязанности поддерживать хороший уровень гигиены полости рта и отказаться от злоупотребления курением, следовать рекомендациям врача.

Выбор анестезиологического пособия я поручаю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Я информирован(а) о том, что спустя 3-4 месяца на нижней челюсти и 5-6 месяцев на верхней челюсти после операции имплантации (под контролем рентгенологического обследования) производится установка формирователей десны – процедура, относящаяся к хирургическому этапу и являющаяся своего рода переходом к этапу протезирования.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций лечащего врача.

Я информирован(а) о необходимости контрольных осмотров лечащего врача-стоматолога (не реже одного раза в 6 месяцев) и повторной профессиональной гигиены (не реже одного раза в 3 месяца).

Я информирован(а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.п.). Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне известно, что возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь. Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход операции.

Со своей стороны я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемых) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой соответствующие правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

Дополнительная информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи (если есть):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(подпись)

(Ф.И.О. Пациента или законного представителя Пациента)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)