

# Информационное согласие пациента на операцию по имплантации зубов

Я, \_\_\_\_\_ проинформирован(а) лечащим врачом о природе моего состояния: отсутствие зуба(-ов)

1. После тщательного обследования полости рта мне было предложено установить дентальные имплантаты. Я даю согласие на данный курс лечения.
2. Я понимаю, что эта операция может включать в себя восполнение кости материалами человеческого, животного или искусственного происхождения. Я понимаю, что эта процедура дает реабилитацию функции жевательного аппарата.
3. Я понимаю, что установление имплантата является не единственным среди предложенных методов лечения. Мне также были предложены альтернативные методы, включающие в себя мостовидные, частично и полностью съемные протезы и др. Я выбрал(а) оперативный вид установки имплантата.
4. Я также понимаю, что для проведения данной операции необходимо сделать разрез и внедрение имплантата через специальное отверстие, сделанное стоматологическим сверлом в челюстной кости. После этого мягкие ткани будут закрыты швом, и имплантат останется в покое в тканях кости в период от \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ месяцев, причем обычно 1-я фаза заживления, до снятия швов, около одной недели. И окончательная остеоинтеграция (заживление кости) идет в течение \_\_\_\_\_ месяцев. Эти сроки зависят от моего общего состояния здоровья, режима питания и других факторов.
5. Я также понимаю, что по ходу исполнения данной процедуры могут возникнуть непредвиденные изменения, и поэтому необходимы дополнительные мероприятия в виде фармакологических препаратов и курса лечения согласно профессиональному мнению лечащего врача.
6. У меня была возможность обсудить с лечащим врачом план хирургического вмешательства, установку имплантата и послеоперационных рекомендаций: не злоупотреблять курением, спиртными напитками в течение \_\_\_\_\_ недель, необходимость использования антибиотиков, противовоспалительных препаратов. При возникновении сильной боли, повышении температуры тела необходимо сразу же связаться с лечащим врачом во избежание серьезных проблем.
7. Понимаю, что в следствие анестезии возможно возникновение таких реакций моего организма, как вялость, сонливость. Я согласен ограничить нахождение за рулем или управление сложным оборудованием в течение 24 часов после выписки с операции.
8. Я понимаю, что не может быть гарантий в отношении того, что результаты операции могут меня полностью удовлетворить, а также то, что в виду индивидуальных особенностей организма и несовершенства некоторых хирургических процедур, существует риск неудачи или необходимости в дополнительном лечении. Проведение дополнительных хирургических мероприятий по спасению имплантата, что несет дополнительные расходы для меня.

## Последствия игнорирования предложенной процедуры

Мое состояние может оставаться таким же или ухудшиться в случае невыполнения предложенного плана лечения, а именно: дальнейшая потеря костной ткани, ведущая за собой деформацию зубного ряда и даже невозможность дентальной имплантации.

## Риски

Среди основных и частых рисков можно упомянуть: отек, ограничение открывания рта; увеличение перидонтальных карманов; повышенная чувствительность зубов к холодному или горячему; потеря зубов; неэстетичное оголение края коронки в области хирургического вмешательства. Все это – временное явление, но порой и длительное. При вмешательстве в процесс лечения другого специалиста без согласия лечащего врача, пациент несет все риски по результатам лечения и обязан возместить все расходы по устранению последствий такого вмешательства. В этих случаях возврат денежных средств исключен.

## Медицинские препараты

Антибиотики и медицинские препараты, назначенные в курсе лечения, могут вызвать следующие реакции: боль, припухлость, вялость, головокружение, рвота, покраснение в месте введения инъекции.

## Идентификация имплантата

При установке имплантата в целях контроля продукта врач сохраняет информацию о установленном имплантате и компонентах (включая производственные данные, а также сроки стерильности) в медицинской карте.

Я уполномочиваю лечащего врача \_\_\_\_\_ провести упомянутую операцию.

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

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Я объяснил пациенту условия операции, ее процедуру, ее пользу, альтернативы и риски, согласно данной Форме.

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

Подпись врача \_\_\_\_\_