

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Операция установки мини - имплантатов

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе _____ и
необходимости проведения хирургической операции по установке мини-имплантатов в область _____.

Я информирован (а), что операция будет проводиться под местным обезболиванием. Для фиксации мини-имплантата в кости челюсти, с помощью бора формируется небольшое отверстие, где фиксируют мини-имплантат. Операция будет проведена по общепринятой методике, с использованием сертифицированных стоматологических мини-имплантатов.

Мне понятно, что ожидаемый результат от лечения в виде устойчивого нахождения мини-имплантата в кости составляет не более 4-8 месяцев, после чего мини-имплантаты начинают постепенно расшатываться (отторгаться организмом) и должны быть удалены либо заменены новыми.

Я соглашаюсь, что во время и после операции, в редких случаях могут произойти нижеперечисленные явления, которые могут потребовать дополнительного лечения за отдельную стоимость:

- припухлость, болевые ощущения, кровотечение из области операционной раны, повышение температуры;
- общее недомогание, онемение губы, языка, щеки, подбородка или зубов. Точную продолжительность этих побочных ощущений невозможно прогнозировать и в крайне редких случаях они могут быть необратимыми;
- возможно подвижность и инфицирование раны и развитие воспалительного процесса вокруг головки имплантата в случае не соблюдения пациентом предписанных врачом правил гигиены;
- аллергическая реакция на медикаменты или анестетики;
- отторжение мини-имплантатов, что приведет к необходимости их удаления.

Понимая сущность предложенного лечения и сложность биологического организма человека, я соглашаюсь, что невозможно гарантировать достижение результата лечения. В связи с этим, я соглашаюсь с тем, что результатом качественно проведенной имплантации может быть неблагоприятный исход операции в виде отторжения мини- имплантата ранее 4 месяцев с момента установки. При неблагоприятном исходе операции (удаление или отторжение мини-имплантата) я обязуюсь не предъявлять материальных требований по возврату денег, оплаченных мною за проведенное лечение и использованные материалы и мини-имплантаты.

Я понимаю, что курение, приём алкоголя, употребление сахара, могут повлиять на заживление десны и снижают успех лечения. Я согласен выполнять рекомендации моего врача по приёму лекарственных препаратов в послеоперационном периоде, по уходу за полостью рта и регулярно приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в медицинской карте стоматологического больного).

Я информировал врача обо всех случаях аллергии на медикаментозные препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль в прошлом и настоящее время. Я обязуюсь 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 не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и

предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) 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 потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я соглашаюсь с тем, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям.

Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека 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 анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях. Я подтверждаю, что в Анкете назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен на их проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Я соглашаюсь с необходимостью в течении 24 часов после операции соблюдать полный покой: не работать и не управлять автомобилем, не жевать и не разговаривать; соблюдать щадящую (жидкую) диету и гигиену полости рта. Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение.

Я получил(а) полную информацию о гарантийных обязательствах на лечение и соглашаюсь с установлением гарантийного срока и срока службы на установленные дентальные имплантаты равными каждой одной неделе, так как невозможно прогнозировать индивидуальную реакцию организма на имплантацию.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения о объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты(истории болезни) пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне хирургической операции на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____ /

(подпись пациента)

(ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____
(подпись врача)

/ _____ /
(ФИО)

Дата « » _____ 202_ г.