

ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____, _____,
до начала стоматологического лечения с использованием дентальных имплантатов, получил (а) от
врача интересующую меня информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо
отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Я проинформирована, что целью **имплантации с последующим протезированием**, является изготовление зубного протеза, обеспечивающего восстановление анатомической целостности зубных рядов, адекватное распределение нагрузки на окружающую имплантаты костную ткань, косметический эффект лечения, сохранение зубов. Достижение цели возможно при выполнении двух этапов: хирургического и ортопедического. Имплантация зубов является зубовосстанавливающей операцией, при которой имплантат выполняет функцию опоры для зубного протеза. Мне разъяснена и понятна, цель и суть метода имплантации зубов, этапы, сроки, возможный исход и прогноз.

Этапы имплантации проходят последовательно и требуют определенного времени, которое зависит от сложности выполняемых вмешательств, индивидуальных особенностей организма и выполнения рекомендаций врача:

1. Подготовка к имплантации зубов.

При подготовке к имплантации проводится лечение сопутствующих заболеваний как ротовой полости, так и организма в целом, поскольку они прямо или косвенно могут повлиять на процесс приживления имплантата. Отправной точкой для планирования лечения служат факторы, определяющие способ протезирования, тип имплантатов, объем и качество имеющейся кости.

2. Операция имплантации - после проведения обезболивания, проводится разрез в месте установки имплантата, при помощи стоматологического инструмента создается костное ложе, куда устанавливается имплантат, после чего накладываются швы.

Дальнейшие действия проводятся согласно выбранной методике имплантации, которая отражена в плане лечения.

При одноэтапной методике имплантат размещается в сформированном костном ложе, и протезирование начинается в первую неделю после операции.

При двухэтапной методике в костное ложе помещается корневая часть имплантата, и слизистая оболочка над ним ушивается. Протезирование начинается при полной интеграции кости и имплантата – через 2-3 месяца на нижней челюсти, а на верхней - спустя 4-6 месяцев. После того как имплантаты прижились в кости, десна над ними раскрывается и устанавливается формирователь десны на каждый имплантат, который в среднем 10-14 дней, придает десне необходимую для протезирования форму, после чего необходимо приступить к следующему этапу - протезированию. Я информирован(а) о том, что ортопедический этап лечения проводится в сроки, установленные для каждого типа имплантатов. Эти сроки должны быть полностью соблюдены для максимальной адаптации имплантата в костной ткани. Оплата за ортопедический этап лечения проводится отдельно, согласно действующему прейскуранту.

Основными рисками имплантации, как любого хирургического вмешательства, являются: отек окружающих тканей, ограничение открывания рта; болезненность в зоне операции, кровотечение, кратковременная потеря чувствительности близлежащих тканей, симптомы воспаления, не приживание имплантата, отсроченное заживление и т.д. Все эти явления временные и проходят при выполнении рекомендаций врача.

Я предупрежден(а) о возможных побочных эффектах (точную продолжительность которых, невозможно предусмотреть в связи с особенностями организма), таких как: общее недомогание, аллергическая реакция.

Я понимаю, что имплантация является хирургическим вмешательством в биологический организм и сопровождается болевыми ощущениями. Для снижения болевой реакции проводится обезболивание, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии. Кроме того, врач разъяснил необходимость проведения рентгенологического исследования (в т.ч, для диагностики и контроля качества), объяснил цель и суть данной методики, а также получил мое согласие на его проведение.

Врач объяснил, что не существует способа точно предсказать заживляющих способностей десны и костной ткани, что в определенных случаях имплантаты не приживаются и требуют удаления.

Я знаю и понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой, не может быть дано стопроцентных гарантий на результат лечения или операции. Я информирован(а) о средних сроках службы имплантатов и среднестатистическом процессе их приживления.

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

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются.

Расширительных требований не имею.

Подпись пациента _____

Беседу провел врач _____

Дата

Второй экземпляр ИДС получен на руки

дата

ФИО пациента

подпись