

## Информированное согласие на дентальную имплантацию (имплантацию зубов)

Я, даю информированное добровольное согласие на предложенное мне медицинское вмешательство Дентальная имплантация (имплантация зубов), Настоящим подтверждаю, что я проинформирован (а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

Я полно и доступно информирован(а) о цели и сущности хирургической процедуры имплантации. Я понимаю, что необходимо для осуществления размещения имплантата в кости под десной.

Я информирован(а) о том, что для оптимального размещения имплантата в челюстной кости в 60-100% случаях, в зависимости от локализации костного дефекта, необходимо проводить подсадку костной ткани или костно-замещающих препаратов. Я не возражаю против проведения забора костной ткани из внутриротовой донорской области. Данное оперативное вмешательство со мной согласовано заранее.

Мне сообщено о возможных осложнениях после дентальной имплантации: боль, покраснение, отёк, изменения вкусовой чувствительности. Редкими, но возможными осложнениями являются такие осложнения как: инфекция послеоперационной области, подкожные кровоизлияния, повышение температуры, онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов. Точная продолжительность такого состояния не предсказуема и может быть необратима. Так же возможны воспаления вены (флебит), повреждения имеющихся зубов, переломы кости, нарушение целостности синуса (гайморовой пазухи), отсроченное заживление, аллергические реакции к лекарственным препаратам и медикаментам.

Мой врач объяснил мне, что не существует метода точно предсказывающего возможности заживления кости и десны у каждого пациента после имплантации. Я понимаю, что избыточное курение, потребление алкоголя, сахара, могут отразиться на заживлении дёсен и успешности имплантации.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья, наличие или отсутствие аллергии. Я подтверждаю, что в «Карте опроса больного перед дентальной имплантацией и хирургическими операциями» назвал (-а) известные мне болезни и недуги.

Я согласен(а) на проведение рентгенологических исследований, фотографирование, снятие на видеоплёнку и другие процедуры, сопряжённые с дентальной имплантацией при условиях соблюдения анонимности.

Я полностью понимаю, что в процессе осуществления разработанного плана лечения и проведения хирургических вмешательств, местные анатомо-физиологические условия могут быть отличными от предполагавшихся ранее, и по усмотрению врача может быть проведено дополнительное или альтернативное лечение.

Я информирован(а) о том, что не реже одного раза в 6 месяцев пациенту необходимо пройти контрольный осмотр у врача-стоматолога, пройти гигиенические процедуры у гигиениста. А так же, что пациент обязан поддерживать хороший уровень гигиены полости рта и отказаться от злоупотребления курением, следовать рекомендациям врача.

Я извещен(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 извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Мне известно, что медицинская услуга относится к категории высокого риска осложнений, возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма. Мне разъяснены последствия в случае моего отказа от медицинского вмешательства, в том числе течение заболевания.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил(а) на них удовлетворительные ответы. Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости. Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях заполнена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна. Я внимательно ознакомился(лась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни. Я принимаю решение осуществить дентальную имплантацию (имплантацию зубов) на предложенных мне условиях.