



## Денталды имплантацияға (тістердің имплантациясына) берілетін ақпараттандырылған келісім

Мен, ақпараттандырылған ерікті келісімді беремін, осы арқылы мен алдағы емдеу туралы ақпараттандырылғанымды және емдеу жүргізудің аталған шарттарымен келісетінімді растаймын, атап айтқанда: Мен хирургиялық имплантация шарасының мақсаты мен мәнісі туралы толық және қолжетімді ақпараттандырылдым. Мен имплантатты қызылиектің астындағы сүйекке орналастыру үшін не қажет екенін түсінемін.

Мен имплантатты жақ сүйегіме оңтайлы орналастыру үшін 60-100% жағдайда, сүйек қауының орналасуына қарай, сүйек тінін қосымша орналастыру немесе сүйек-ауыстырмалы препараттарды қабылдау қажеттігі жайлы ақпараттандырылдым. Мен ауызшілік донорлық аймақтан сүйек тінінің алынуына қарсы емеспін.

Маған орын алуы мүмкін асқынулар жайлы хабарланды: ауыру, қызару, ісіну, тістер мен тілдің түсінің уақытша өзгеруі, дәм сезу қабілетінің өзгеруі. Сирек, бірақ орын алуы мүмкін асқынуларға: ота жасалған аймақта жұқпаның таралуы, тері астындағы қан құйылу, дене қызуының көтерілуі, ерін, тіл, иек, ұрт немесе тістердің ұйып қалуы сияқты асқынулар жатады. Мұндай жағдайлардың нақты ұзақтығын болжап айту мүмкін емес және олар қайтымсыз болуы ықтимал. Сондай-ақ, көктамырдың қабынуы (флебит), бар тістердің зақымдалуы, сүйектің сынуы, синустың (гаймор қойнауының) тұтастығының бұзылуы, жазылу үдерісінің ұзаққа созылуы, дәрілік препараттар мен дәрі-дәрмектерге аллергиялық реакциялар болуы мүмкін.

Менің дәрігерім маған имплантациядан кейіне әрбір емделушінің сүйек пен қызыликтерінің жазылу мүмкіндігін дәл болжайтын әдістің зәтін түсіндірді. Мен шамадан тыс көп шылым шегу, алкоголь, қант тұтыну қызылиектің жазылуына және имплантацияның жасалу сәттілігіне әсер етуі мүмкін екенін түсінемін.

Мен дәрігерге өзімнің физикалық және психикалық денсаулығымның дәл тарихын ұсындым. Мен сондай-ақ дәрілік препараттар, азық-түлік өнімдері, тозақ, жәндіктердің шағуы, анестетиктер мен шаңға қатысты туындаған барлық аллергиялық немесе әдеттен тыс реакциялар туралы хабарладым.

Мен рентгенологиялық зерттеулер, фотосуретке түсіру, бейнетаспаға жазу және дербестігімнің сақталуымен денталды имплантациямен байланысты басқа шаралардың жүргізілуіне келісім беремін.

Мен емдеу және хирургиялық араласудың әзірленген жоспарын жүзеге асыру үдерісінде жергілікті анатомиялық-физиологиялық жағдайлардың ертеректе болжанған жағдайлардан өзгеше болуы мүмкін екенін, және дәрігердің ұйғаруымен қосымша немесе балама емдеу жүргізілуі мүмкін екенін толық түсінемін.

Мен емделушінің 6 айда бір реттен сирек емес тіс дәрігерінің тексеруінен өту қажеттігі және үш айда бір реттен сирек емес гигиена маманының гигиеналық емшараларынан өтуі қажеттігі туралы ақпараттандырылдым. Сонымен қатар, емделуші ауыз қуысының тазалығын жақсы деңгейде сақтауға және шылым шегуге салынудан бас тартуға, дәрігердің кеңестерін орындауға міндетті екені жайлы ақпараттандырылдым. Мені емдеу барысында режимді сақтау қажеттілігі, тағайындалған препараттарды тұрақты түрде қабылдау, жағдайымның кез келген нашарлауы туралы дәрігерге дереу хабарлау, тағайындалмаған кез келген препараттардың (мысалы, тұмау, грипп, бас ауруын емдеу үшін және т.б.) қабылдануын дәрігермен келісу қажеттілігі туралы хабардар етті. Мені дәрігердің кеңестерін орындамау, препараттарды қабылдау режимін сақтамау, бақылаусыз өзін-өзі емдеу осы емдеуді асқындырып, денсаулық жағдайыма кері әсерін тигізуі мүмкін екені жайлы хабардар етті. Медициналық қызмет асқынулар тәуекелі жоғары санатқа жататыны, емдеу үдерісіндегі мүмкін асқынулар медициналық араласуға ғана емес, менің ағзамның жағдайына да байланысты екені маған мәлім. Маған медициналық араласудан бас тартудың салдары, соның ішінде аурудың қалайша орын алатыны туралы түсіндірілді.

Менің денсаулық жағдайыма, ауруға және емдеуге қатысты мені қызықтырған кез келген сұрақтарды қоюға мүмкіндігім болды және оларға қанағаттанарлық жауаптар алдым. Мен балама емдеу әдістері туралы, сондай-ақ олардың шамамен құны туралы ақпарат алдым. Маған ұсынылған менің ауруларым және орын алған асқынулар туралы сауалнаманы жеке өзім толтырғанымды және ондағы ақпараттың шынайылығын растаймын. Менің ауруым туралы ақпаратты ғылыми мақсаттарда пайдалануға, бұл мәліметтерді оқу үдерісінде, ғылыми әдебиеттерде жариялау үшін пайдалануға рұқсат беремін (рұқсат бермеймін). Мен осы Қосымшамен мұқият танысып шықтым және оның заңды құжат болып табылатынын және мен үшін құқықтық салдарының барын түсінемін. Осы Қосымша ауру тарихымның ажырамас бөлігін құрайды. Мен денталды имплантацияны (тістер имплантациясын) маған ұсынылған шарттарда жүргізу туралы шешім қабылдаймын.