

Информированное добровольное согласие
на проведение дентальной (зубной) имплантации

Г. Электросталь

01.01.2020

Я, _____ Клиент Клиент Клиент

настоящим подтверждаю что, в соответствии со статьями 20, 21, 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня заболевания (нужное отметить):

- К00 Нарушения развития и прорезывания зубов
- К01 Ретенционные и импактные зубы
- К03 Другие болезни твердых тканей зубов
- К04 Болезни пульпы и периапикальных тканей
- К05 Гингивит и болезни парадонта
- К06 Другие изменения десны и беззубого альвеолярного края
- К07 Челюстно-лицевые аномалии (включая аномалии прикуса)
- К08 Другие изменения зубов и их опорного аппарата
- К09 Кисты области рта, не классифицированные в др. рубриках
- К10 Другие болезни челюстей
- К12 Стоматит и родственные поражения

и о дентальной (зубной) имплантации, как об одном из видов медицинских вмешательств для лечения данного заболевания.

Мне врачом объяснено и понятно, что имплантация зубов это восстановление полностью утраченных зубов методом вживления протезов (имплантатов) небиологической природы в ткани зубочелюстной системы с целью замещения отсутствующих зубов. Имплантация бывает: внутрикостная; внутрикостно-поднадкостничная; внутрикостно-внутрикостная; внутрислизистая; субмукозная (подслизистая); поднадкостничная (субпериостальная).

Применяемые в моем случае внутрикостные имплантаты могут быть: круглыми (винтовыми); плоскими (пластинчатыми); неразборными; разборными; одноэтапными; двухэтапными (погружными). Неразборные одноэтапные имплантаты состоят из внутрикостной части (винт или пластина), шейки и головки. Разборные (одноэтапные, двухэтапные) имплантаты состоят из внутрикостного элемента, абатмента, опорной головки, винта-заглушки, дополнительных элементов.

Мне врачом объяснено и понятно, что отрицательных последствий отказа от имплантации быть не может, так как зубная имплантация всего лишь один из методов восстановления отсутствующих зубов.

Клиническое применение имплантатов в качестве самостоятельных протезов или опор для мостовидных или съемных протезов имеет ряд преимуществ перед традиционным зубным протезированием:

- возможность замещать дефекты зубного ряда без обточки соседних зубов;
- возможность исключить съемные протезы при замещении концевых дефектов;
- возможность изготовления несъемных протезов большой протяженности;
- возможность изготовления несъемных протезов при полном отсутствии зубов или значительное улучшение фиксации полных съемных протезов;
- отсутствие необходимости сохранять зубы с сомнительным периодонтальным прогнозом;
- внедрение в кость имплантатов позволяет остановить потерю кости в области отсутствующего зуба (зубов), т.к. кость, лишенная функциональной нагрузки быстро атрофируется.

Мне врачом объяснено и понятно, что последствиями полного отказа от восстановления отсутствующих зубов могут быть: прогрессирование зубочелюстных деформаций; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функции речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая потеря оставшихся в наличии зубов; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта; невропатологии.

Мне врачом объяснено и понятно, что классическая имплантация проходит следующие этапы:

- этап планирования: проводится диагностика состояния полости рта и общего состояния организма; проводится дополнительное рентгенографическое обследование (компьютерная томография); сдаются анализы крови; проводится предварительное лечение (может касаться не только полости рта, но и организма в целом); выверяются точные места установки и особенности позиционирования имплантатов в челюсти; изготавливаются хирургические шаблоны;
- хирургический этап: установка имплантата в кость челюсти. В определенных случаях для скорейшего восстановления целостности костной ткани врачом могут использоваться специальные костеобразующие материалы (Bio-OSS, Per Gen и др.) и мембраны (HPT Bio-Gite, HPT Gore-Tex и др.), а также возможна пересадка собственной кости пациента как совместно с костеобразующими материалами, так и без них. Через 3–6 месяцев, после окончательного приживления имплантатов, производится установка формирователя десны на две недели;
- ортопедический этап: установка абатмента (наддесневой части имплантата) и фиксации на него ортопедической конструкции. На данное медицинское вмешательство мне будет предложено к изучению и подписанию отдельное информированное добровольное согласие.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что для успеха имплантационного лечения предъявляются высокие требования к объему костной ткани и ее структуре, а также к качеству десны в местах имплантации. Такие требования зачастую приводят к необходимости дополнительных хирургических вмешательств, таких как синус-лифтинг, ретранспозиция нижнеальвеолярного нерва, увеличение высоты альвеолярного отростка костными трансплантатами, вестибулопластика, иссечение тяжелой слизистой оболочки. На данные виды медицинского вмешательства мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия.

Мне врачом объяснено и понятно, что существует ряд заболеваний, при которых имплантация может быть противопоказана:

- абсолютные противопоказания: декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы; патология иммунной системы (красная волчанка, полимиозит, тяжелые инфекции, гипоплазия тимуса и паразитовидных желез); заболевания костной системы, снижающие репарацию кости (остеопороз, врожденная остеопатия, остеонекроз, дисплазии); заболевания эндокринной системы (гипофиз, патология надпочечников, тяжелые формы гипер и гипотиреоза, гипер и гипопаратиреоза, сахарный диабет); болезни крови (лейкозы, талассемия, лимфогранулематоз, гемолитические анемии); заболевания центральной и периферической нервной системы (шизофрения, паранойя, слабоумие, психозы, неврозы, алкоголизм и наркомания); злокачественные опухоли; туберкулез; ВИЧ и венерические заболевания;
- относительные противопоказания: пародонтит; патологический прикус; неудовлетворительная гигиена полости рта; предраковые заболевания полости рта; наличие металлических имплантатов других органов; заболевания височно-нижнечелюстного сустава; бруксизм; прохождение пациентом курса химио, радиотерапии; курение; занятие экстремальными и травматичными видами спорта; беременность.

Я информирован(а) врачом, что альтернативными методами лечения являются: традиционное съемное и несъемное протезирование или отсутствие лечения вообще.

Я подтверждаю, что в доступной форме уведомлен(а) и в полной мере проинформирован(а) врачом о(об):

Я информирован(а) врачом, что альтернативными методами лечения являются: традиционное съемное и несъемное протезирование или отсутствие лечения вообще.

Я информирован(а) врачом, что хотя имплантация зубов имеет высокий процента клинического успеха и поможет сохранить стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что операция имплантации является вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на приживление имплантата, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов имплантации. Я понимаю и принимаю то, что полное выздоровление означало бы биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли новые зубы), что, к сожалению, невозможно. Поэтому положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я был(а) предупрежден(а) врачом и соглашаюсь с возможными последствиями и осложнениями во время и после проведения операции по имплантации зуба:

- в процессе самой операции: проникновения бора за границы верхнечелюстной пазухи, боковых, нижних слоев нижней челюсти (пенетрация); проталкивание имплантата в верхнечелюстную пазуху; травма нервов (одним из вариантов может быть повреждение нервов нижней челюсти, что ведет к онемению губы, языка, щеки – по отдельности или всех частей челюсти вместе); перегрев костных тканей в результате их механической обработки; недостаточная первичная фиксация имплантата; кровотечения и боли после операции; травма установленными имплантатами соседних зубов;
- после операции: воспаление тканей возле имплантата (в частности периимплантит); выкручивание имплантата; отторжение имплантата; отлом компонентов зубного имплантата; ограничение открывания рта; онемение губы, подбородка, языка; прогрессирование заболевания; повышение температуры тела; появление симптомов общей интоксикации организма; увеличение лимфатических узлов; появление (усиление) болевых ощущений; обострение системных заболеваний организма; нарушение состава кишечной микрофлоры, связанное с приемом антибиотиков при их назначении; аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Я предупрежден(а) и согласен(на) с тем, что объем манипуляций в ходе процедуры может варьироваться, а окончательный выбор объема корректируется во время проведения процедуры врачом. В случае необходимости корректировки процедуры или проведения другой процедуры я доверяю врачу принять соответствующее решение и выполнить любые медицинские действия, которые он сочтет необходимыми. В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. В случае возникновения неотложных ситуаций, даю согласие на госпитализацию.

Мне разъяснено, что симптомами осложнений после лечения являются болевые ощущения в области вмешательства, и что при появлении болевых ощущений после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику ООО «Дюна» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений. При отсутствии осложнений посещение врача осуществляется по плану.

Я добросовестно поставил(а) в известность и ответил(а) на все вопросы врача обо всех проблемах своего здоровья, в том числе о(б): аллергии; индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов; перенесенных и известных травмах, операциях, заболеваниях; принимаемых лекарственных средствах; об экологических, производственных факторах физической, химической, биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности. Я подтверждаю, что в анкете назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния.

Я сообщил(а) правдивые сведения о себе, а именно: о наследственности; об употреблении алкоголя, наркотических, токсических средств. Я понимаю, что выполнение процедуры при существующих противопоказаниях к ней могут спровоцировать нежелательные побочные эффекты.

Я утверждаю, что противопоказаний, о которых меня информировал врач, у меня нет. При наличии у меня противопоказаний и не уведомлении о них врача в случае возникновения побочных эффектов процедуры я отвечаю за все последствия без претензий к врачу и Исполнителю.

Я подтверждаю, что в доступной форме уведомлен(а) и в полной мере проинформирован(а) врачом о(об):

- осуществляемой Исполнителем медицинской деятельности;
- режиме работы Исполнителя;
- видах, качестве, условиях предоставления медицинской помощи;
- уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- альтернативных методах лечения;
- возможной необходимости выполнения других медицинских вмешательств, процедур, исследований, мероприятий;
- показаниях, противопоказаниях, возможных побочных реакциях, осложнениях, возможном риске, последствиях, результатах;
- необходимости соблюдения режима при проведении процедуры, регулярном применении назначенных препаратов;
- необходимости немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, незамедлительной явке на осмотр в случае возникновения осложнения, обязанности информирования врача о состоянии здоровья;
- согласовании с врачом приема новых препаратов перед их применением;
- риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов;
- о возможном отличии результатов процедуры от ожидаемых, о невозможности гарантировать врачом только положительных результатов процедуры и с этим соглашаюсь;
- качественном выполнении врачом соответствующей квалификации клинических, диагностических, технологических этапов проведения процедуры, использовании им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противозидемического режимов.

Я подтверждаю, что:

- текст мною прочитан, полученные объяснения врача меня полностью удовлетворяют, понятен содержание и назначение данного документа, понятен смысл всех терминов;
- все данные, полученные от меня, записаны верно;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- рекомендации после проведения процедуры предоставлены в полном объеме;
- понимаю, что несоблюдение указанных рекомендаций, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой процедуры, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье;
- понимаю, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений;
- имел(а) возможность задать врачу все интересующие вопросы, и врачом даны исчерпывающие ответы на все заданные вопросы;
- данное согласие является подтверждением обсуждения мною с врачом вышеупомянутой процедуры;
- согласен(на) с тем, что назначение врачом вышеуказанной процедуры носит лишь рекомендательный характер;
- согласен(на) на фото видео документирование процедуры и понимаю, что эти фото и видео документы станут собственностью Исполнителя, и могут быть использованы для научных, учебных целях, но не будет нарушать конституционных прав на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность;
- в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года №390 даю согласие на проведение при необходимости следующих манипуляций и вмешательств: опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза), осмотр, исследования, термометрию, измерение артериального давления, введение лекарственных препаратов, назначение лечебно-оздоровительного режима;
- согласен(на) с тем, что в случае своего обращения в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) в период проведения процедуры (курса процедур), без согласования с врачом, для продолжения лечения или устранения допустимых реакций и осложнений организма на процедуру, исключается виновное пренебрежение моими и представляемого законными интересами со стороны врача и Исполнителя, и, как следствие, врач и Исполнитель не принимают на себя ответственности за проведение стороннего альтернативного вмешательства, результат вмешательства и невозможность завершения начатой процедуры.
- понимаю, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений;

Я разрешаю в случае необходимости, в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона №323-ФЗ, предоставить информацию о своем (представляемого) диагнозе, степени тяжести, характере заболевания гражданам:

(указать Ф.И.О., год рождения, контактная информация, по желанию – степень родства)

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

На основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом ООО «Дюна».

Беседу провёл врач

_____ (подпись)

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства

_____ (Клиент К.К.)

(подпись)

Пациент отказался от проведения медицинского вмешательства

_____ (Клиент К.К.)

(подпись)

3d-stomatologia.ru