

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, о том, что выбрав имплантацию зубов как один из предложенных мне видов стоматологического протезирования понимаю, что имеющийся у меня объем костной ткани недостаточен для постановки мне имплантатов в связи с существенной атрофией кости после удаления зуба и особенностями индивидуального анатомического строения кости и верхнечелюстных пазух.

Мне врачом объяснено и понятно, что операция по увеличению высоты (ширины) гребня альвеолярного отростка челюстных костей является одним из способов решения этой проблемы и представляет собой дополнительную хирургическую операцию по увеличению объема костной ткани по месту планируемой имплантации. Такая операция может быть выполнена различными методиками, такими как расщепление гребня, подсадка костного материала, направленная регенерация костной ткани, а также комбинацией перечисленных методик:

Мне врачом объяснено и понятно, что:

- методика расщепления гребня заключается в механическом расщеплении гребня альвеолярного отростка челюстных костей специальными инструментами и заполнением образовавшегося пространства специальным костеобразующим материалом (Bio-OSS, Per Gen, и др.), или же возможна пересадка собственной кости пациента совместно с костеобразующими материалами. Такое заполнение сформированного в ходе операции пространства через 3-6 месяцев должно заместиться собственной костной тканью;
- направленная регенерация костной ткани заключается в создании будущего объема кости специальными мембранами (HPT Bio-Gite, HPT Gore-Tex и др.) и заполнения образовавшегося пространства собственной измельченной костью или описанными выше костеобразующими материалами, как совместно с собственной костью пациента, так и без, что через 3-6 месяцев должно привести к образованию собственной кости;
- подсадка костного материала осуществляется при необходимости создания относительно больших объемов кости, особенно по высоте альвеолярного гребня, и заключается в аутоотрансплантации (аутоотрансплантаты - трансплантаты, пересаженные тому же индивидууму, у которого они взяты) костных блоков в область будущей имплантации. В данной методике также часто применяются костеобразующие материалы как совместно с собственной костью пациента, так и без. Через 3-6 месяцев аутоотрансплантаты должны прижиться и, тем самым, увеличить объем кости.

Мне врачом объяснено и понятно, что решение о возможности одномоментной имплантации при всех указанных методиках принимается врачом индивидуально в зависимости от множества анатомических и медицинских факторов.

Мне врачом объяснено и понятно, что зачастую для большей успешности данного оперативного вмешательства могут потребоваться дополнительные медицинские манипуляции, такие как:

- использование специальных барьерных мембран (HPT Bio-Gite, HPT Gore-Tex и многих других);
- предварительный забор небольшого количества крови для изготовления «тромбоцитарной массы»;
- забор собственной костной ткани для создания аутоотрансплантатов или измельчения и смешивания с костеобразующими материалами. Такой забор блоков собственной кости возможен из различных участков организма человека (бедренная и подвздошная кости, височная область и многие другие). В данном случае забор осуществляется в области подбородка или ветви нижней челюсти выпиливанием «кусочков» кости необходимого размера и ушиванием раневой поверхности с возможным применением костеобразующих материалов и мембран. Для измельчения костных блоков в случае необходимости используют специальные костные мельницы. Так же возможно получение костной стружки используя специальные костные скребки, или же в области одномоментно проводимой операции (например, удаление зуба).

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

Я информирован(а) врачом, что альтернативными методами лечения являются: отказ от имплантационного метода протезирования зубов в пользу традиционного съемного и несъемного протезирования; использование принципиально иных видов имплантатов, не требующих подобной операции, таких как внутрикостно-поднадкостничных, внутризубно-внутрикостных, внутрислизистых, субмукозных (подслизистых), поднадкостничных (субпериостальных); отсутствие лечения вообще.

Мне врачом объяснено и понятно, что существуют следующие возможные противопоказания к проведению операции по увеличению высоты (ширины) гребня альвеолярного отростка:

- 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: неудовлетворительная гигиена полости рта; предраковые заболевания полости рта; прохождение пациентом курса химио, радиотерапии; курение; занятия экстремальными и травматичными видами спорта; беременность.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства: инфицирование раны; потеря костного материала; повреждение зубов, прилегающих к зоне вмешательства; послеоперационный отек мягких тканей лица и шеи; болезненность; кровоточивость из раны; временное или постоянное онемение десен, зубов в области вмешательства; ограничение открывания рта; экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления; формирование соустья между пазухой и полостью рта; отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем; отторжение или подвижность установленного имплантата; перелом челюстной кости; аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения; 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.

Я информирован(а) врачом о том, что хотя операция по увеличению высоты (ширины) гребня альвеолярного отростка имеет высокий процент клинического успеха и помогает сохранить стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что эта операция является вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов имплантации.

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 сочтёт 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 планово.

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, использование 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, понятно 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

(подпись)

(Клиент К.К.)

Пациент отказался от проведения медицинского вмешательства

(подпись)

(Клиент К.К.)