

**информированное добровольное согласие пациента на выполнение
имплантологического лечения зубов**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, №48, ст. 6724;2012, №26, ст. 3442,3446) даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздрава России от 23 апреля 2012г. №390(зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. №24082).

Я,

Уполномочиваю врача стоматолога-хирурга

провести стоматологическую (дентальную) имплантацию.

Данный документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я мог(ла) принять решение о необходимости проведения рекомендуемых врачом манипуляций. Я информирован(на) о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, недостатках и риске дентальной имплантации. При этом мне известны другие возможные способы лечения без применения зубных имплантов.

Настоящий документ подтверждает, что я получил(а) объяснения в устной о необходимости и целесообразности проведения дентальной имплантации, ознакомился(ась) с предлагаемым планом лечения и могла отказаться от него либо дать согласие на проведение медицинского вмешательства по установке имплантов.

Я сообщил(а) врачу всю связанную со своим здоровьем информацию, которая может иметь значение при проведении операции и консервативного лечения и подтверждаю, что в анкете пациента назвал все известные мне болезни и недуги.

Врач рассказал мне о подготовительных мероприятиях, предшествующих установке импланта (имплантов), возможных осложнениях и методах их лечения и обосновал необходимость выбора именно этого метода восстановления утраченного зуба (зубов).

Я осведомлен(а) что оперирующий хирург сделает все от него зависящее для уменьшения риска дентальной имплантации. Мне известно, что в ходе операции будет применено обезболивание, выбор которого производится врачом учетом особенностей моего организма, также меня проинформировали о том, что выполнение операции связано с определенным риском и возможностью возникновения осложнений, как в ходе, так и после операции. В таком случае ход операции и анестезия могут быть изменены по усмотрению врача. В частности возможными осложнениями может быть:

- отторжение импланта,
- проникновение импланта в процессе приживления в гайморову пазуху или нижнечелюстной канал.

Мне в доступной форме была разъяснена необходимость следовать этапам установки импланта (имплантов), которые необходимо выдержать, прежде чем перейти к следующему этапу установки импланта, чтобы уменьшить вероятность его отторжения. Врач также проинформировал меня о необходимости соблюдения рекомендаций по уходу за имплантом и приему лекарств.

Врач в доступной форме объяснил мне, что спустя 3-4 месяца на нижней челюсти и 5-6 месяцев на верхней после контрольного рентгенологического обследования производится установка формирователей десны — процедура, относящаяся к хирургическому этапу и являющаяся своего рода переходом к этапу протезирования. Врач сообщил мне, что мне необходимо являться на регулярные осмотры к доктору во время установки импланта, во время пользования им. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии, при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Я понимаю что могу отказаться от всех операций и процедур, описанных выше или тех, которые могут быть предложены позже.

Последствием отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Альтернативным методом лечения является отсутствие лечения.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры(по графику, согласованному с доктором и записанному в историю болезни).

Понимая сущность операции и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемой операции. Я полагаю, что в моих интересах приступить к операции.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) на них исчерпывающие ответы в доступной форме.

Я принимаю решение начать предложенное мне лечение.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и

понятно назначение данного документа. Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

Подпись пациента, родителя или опекуна

Подпись доктора

« _____ » _____ 20__ г.