**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ**

*Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»*

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество пациента)

Проинформирован(а) лечащим врачом, находясь на лечении в ООО «МЕРИДИАНУМ», об отсутствии зуба (-ов) в области:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

После тщательного обследования полости рта мне было предложено установить дентальные имплантаты фирмы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мне объяснили альтернативные методы лечения, включающие в себя мостовидные, частично и полносъёмные зубные протезы и др. Я пробовал(а) и рассматривал(а) эти методы, но отдаю предпочтение имплантатам для восстановления отсутствующих зубов.

Я сообщил(а) точные данные о своем физическом и душевном здоровье. Кроме того, я сообщил(а) обо всех, имевших место, аллергических и необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакция десны и кожи, кровотечениях и других состояниях, касающихся моего здоровья.

Я проинформирован(а), и я хорошо понимаю цель и суть хирургической процедуры для установки имплантата: для проведения данной операции необходимо сделать разрез и внедрение имплантата через специальное отверстие, сделанное стоматологическим сверлом в челюстной кости. После этого мягкие ткани будут закрыты швом, и имплантат останется в покое в тканях кости в период от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяцев, причем обычно 1-я фаза заживления, до снятия швов, около десяти дней. Окончательная остеоинтеграция (заживление кости) идёт в течение \_\_\_\_\_\_\_\_ месяцев. Эти сроки зависят от моего общего состояния здоровья, его биологических особенностей, режима питания и других факторов.

Мне объяснили, что после операции, через определенный период времени (от 2-х до 8-ми месяцев), необходимый для максимальной адаптации имплантата в костной ткани и его приживления, мне будет изготовлен и установлен зубной протез. Имплантант будет выполнять функцию опоры для зубного протеза.

1. *Мне разъяснены этапы проведения операции и этапы заживления:*
	1. *Хирургический этап: установка имплантата с заглушкой и ушивание операционной раны для улучшенного приживления имплантата (остеоинтеграции) имплантата (за исключением операций с одномоментной имплантацией).*
	2. *Применение медикаментозных средств по назначению врача в указанные сроки. Выполнение рекомендаций врача по уходу и гигиене в области установленных имплантатов.*
	3. *Снятие швов в назначенное время.*
	4. *Сроки приживления имплантата (от 2-х до 8-ми месяцев).*
	5. *Проведение осмотров, рентгенологический контроль для определения остеоинтеграции и возможности проведения ортопедического этапа лечения.*
	6. *Извлечение заглушек имплантата. Установление формирователя десны. При необходимости наложения швов.*
	7. *Снятие швов и выполнение рекомендаций врача. Формирователь десны. В случае недостаточности толщины прикрепленной десны на данном этапе возможно дополнительное проведение хирургического вмешательства на мягких тканях с целью улучшения эстетики ортопедической работы. Эта операция не включена в финансовый план и оплачивается дополнительно.*
	8. *Ортопедический этап: установка абатмента с последующим протезированием.*
	9. *Контрольные осмотры по назначению врача (через каждые 2-3 месяца в течение первого года и каждые полгода в последующем; с рентгенологическим контролем). В случае отказа от рентгенологического контроля и неявки на прием в назначенные дни, - с развитием воспалительного процесса впоследствии, -лечение по данному случаю рассматривается как не гарантийное.*
	10. *Профессиональная гигиена полости рта по назначению врача.*

Я был предупрежден о возможном риске или осложнениях операции, в том числе при применении лекарств и анестезии, реакции на которые ранее не было. Эти осложнения могут быть в виде боли, отека. Я предупрежден, что возможно заживление вторичным натяжением раневой поверхности. Точная продолжительность лечения в таких случаях не может быть определена заранее.

Последствия игнорирования предложенной процедуры:

Мое состояние может оставаться таким же или ухудшиться в случае невыполнения предложенного плана лечения, а именно:

Дальнейшая потеря костной ткани, ведущая за собой деформацию зубного ряда, вплоть до невозможности дентальной имплантации в будущем, воспаление десны, подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления, изменение прикуса, заболевание височно-нижнечелюстного сустава, появление головной боли, иррадиирующей боли в шею и в мышцы лица, утомляемости жевательных мышщ.

При проведении имплантации возможны воспаления костной ткани, ведущие к отторжению имплантата и формированию секвестра (некратизированного участка кости) и последующему образованию дефекта кости.

Основными рисками хирургического вмешательства являются: отек, ограничение открывания рта; увеличение перидонтальных карманов; повышенная чувствительность зубов к холодному или горячему; потеря зубов; неэстетичное оголение края коронки в области хирургического вмешательства. Все эти явления являются временными и проходят при выполнении рекомендаций врача.

Я предупрежден(а) о возможных побочных эффектах (точную продолжительность которых, невозможно предусмотреть в связи с особенностями организма), таких как: общее недомогание, онемение губы, языка, щеки, подбородка или зубов; припухлость, болевые ощущения, возможное инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы в случае несоблюдения предписанных врачом правил гигиены и послеоперационного ухода; аллергическая реакция на обезболивающие средства (анестетики) или медикаменты; не приживление имплантата, отсроченное заживление и т.д.

Мне разъяснили, что врач обязуется контролировать весь постимплантологический процесс при моем своевременном обращении в клинику и при условии соблюдения мной всех требований хирурга, гигиениста и в последующем, ортопеда данной клиники.

Я понимаю, что наличие вредных привычек и хронических заболеваний (таких как сахарный диабет и другие заболевания) могут повлиять на заживление десны и снижают успех лечения при заживлении и функционировании в последующем.

Мне понятно, что в следствие обезболивания (анестезии), возможно возникновение таких реакций моего организма, как вялость, сонливость. Я согласен ограничить нахождение за рулем или управление сложным оборудованием в течение часов после окончания операции. Проведение обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю необходимую информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.).

Я информирован(а) о средних сроках службы имплантатов и среднестатистическом процессе их приживления. Врач объяснил мне, что не существует способа точно предсказать заживляющих способностей десны и костной ткани после проведения операции, что в определенных случаях имплантанты не приживаются и требуют удаления. Я знаю и понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой; не может быть дано стопроцентных гарантий на результат лечения или операции.

В случае дополнительного проведения операции, проведенной одномоментно или отсрочено, и направленной на увеличение объема костной ткани (синуслифтинг, пластика гребня, аутотрансплантатом или искусственным костным материалом) и развившегося впоследствии воспалительного процесса, причинами которого явилась индивидуальная непереносимость костного материала, неудовлетворительная гигиена полости рта, - возможно проведение повторного вмешательства, которое потребует от меня дополнительных временных и финансовых издержек.

Я информирован(а) о том, что ортопедический этап лечения будет проведен в сроки, установленные для каждого типа имплантатов. Эти сроки должны быть полностью соблюдены для максимальной адаптации имплантата в костной ткани. Оплата за ортопедический этап лечения мною будет проведена отдельно по расценкам ортопедического прейскуранта на момент проведения этапа протезирования.

Я даю разрешение доктору использовать любого ассистента данной клиники, участие которого в моем лечении он сочтет необходимым, а также приглашать для консультации других врачей.

У меня была возможность обсудить с лечащим врачом план хирургического вмешательства, установку имплантата и постоперационных рекомендаций: не злоупотреблять курением, спиртными напитками в течение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_недель, поддерживать общее состояние здоровья, необходимость использования антибиотиков, противоболевых препаратов. При возникновении сильной боли, повышении температуры тела необходимо сразу же связаться с лечащим врачом.

Антибиотики и медицинские препараты, назначенные в курсе лечения, могут вызвать следующие реакции: боль, припухлость, вялость, головокружение, рвота, покраснение в месте введения инъекции.

Идентификация имплантата.

При установке имплантата, в целях контроля продукта, врач сохраняет информацию об установленном имплантате и компонентах (включая производственные данные, а также сроки стерильности) в медицинской карте.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

*Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(Подпись пациента)*

*Беседу провел врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(Подпись лечащего врача)*

*В присутствии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(Подпись ассистента имплантолога)*

*Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «2023г.»*