ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

ЗУБНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ

Я, _____,(Ф.И.О. полностью)

в соответствии с требованиями статьи № 32 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: **ЗУБНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ**,

осуществляемое врачом ООО «Стоматологии «Айболит» Сафроновым Игорем Викторовичем

Я проинформирован (а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья и, в том числе, о следующем:

- О наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания

_____

(установленный и/или предварительный диагноз)

- О результатах лечения и обследований, проведённых до настоящего момента.

- О прогнозе и методах дальнейшего лечения, о необходимости и целесообразности применения в дальнейшем тех или иных лекарственных средств.

- Обо всех возможных вариантах медицинского вмешательства, альтернативных видах и методах лечения:

_____

(все возможные виды и методы лечения: консервативное, оперативное и др.)

- О целях и формах, болезненности и длительности, предлагаемых вариантах медицинского вмешательства, о наличии показаний к проведению мне указанных в п. 1.4. видов и методов лечения. О режимах моего поведения до, и после лечения, об этапах лечения и о возникновении дополнительных вмешательств на том или ином этапе лечения, о действии применяемых медикаментов, об ожидаемых результатах по каждому возможному варианту медицинского вмешательства, указанному в п. 1.4. _____.

Я получил (а) полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятна суть моего заболевания и опасности, связанные с развитием этого заболевания.

Я доверяю врачу стоматологу-хирургу _____ провести операцию зубной имплантации, я согласен с планом ортопедического лечения и доверяю провести его лечащему врачу. Я согласен, что в исключительных случаях (например, болезнь врача) учреждение может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути имплантации:

- Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения вследствие обстоятельств или появления противопоказаний для имплантации.

- Индивидуальный рекомендованный план лечения, его длительность и многоэтапность.

- Допустимость коррекции врачом намеченного плана или отказ от его осуществления (на хирургическом или ортопедическом этапе) в зависимости от ситуации, о чём меня уведомит врач.

- Возможные альтернативные варианты лечения, а именно:_____.

- Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения, или частичного его выполнения, а именно атрофия костной ткани, воспаление десны, подвижность зубов и имплантата, что может привести к необходимости их удаления, патология височно-нижнечелюстного сустава, головные боли, иррадиирующие боли в шею сзади и в мышцы лица, утомляемость жевательных мышц и др.

- Возможные последствия под влиянием анестезии, а именно: отёк мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции и др.

- Возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (при их назначении), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры и др.

Я предупреждён (а), чтооперация зубной имплантации может осложниться кровотечением из раны, воспалением (мукозит, периимплантит), что потребует дополнительного лечения.

Операция имплантации на верхней челюсти может осложниться перфорацией верхнечелюстной пазухи, полости носа, в боковом отделе нижней челюсти – повреждением нижнего альвеолярного нерва, что может потребовать дополнительного лечения.

После операции имплантации могут быть боль в челюсти, припухание мягких тканей, ограничение открывания рта, в области углов рта могут быть трещины или отёк мягких тканей и в некоторых случаях это потребует соблюдения домашнего режима и выполнения рекомендаций врача.

Использование биопластических материалов при зубной имплантации может закончиться не приживлением их, в связи, с чем потребуется дополнительное лечение, в том числе хирургическое.

После проведения хирургического этапа имплантации последует ортопедический этап (установка коронки или протеза – по ситуации и в соответствии с дополнительным планом), который в моих интересах желательно осуществлять в данной клинике у доверенного врача стоматолога ортопеда.

Я обязуюсьвыполнять все рекомендации врача до, и после операции:

- Принимать назначенные лекарства.

- Не водить машину после операции, не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течение срока определённого врачом.

- Не принимать алкоголя и наркотических средств.

- Соблюдать гигиену полости рта, а так же являться на профилактический осмотр и профессиональную чистку зубов в сроки установленные врачом.

- Я предупреждён (а), что курение может осложнить заживление операционной раны и приживление имплантата.

Мне объяснена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно:гарантии на приживление имплантата не даются, невозможно предсказать успешность его приживления по причине медицинской специфики данной операции, индивидуальных особенностей дёсен и костной ткани пациента и реакций организма. В случае отторжения имплантата до начала протезирования, что потребует его удаления, поликлиника возвращает косвенные расходы за хирургический этап.

Мне названы и со мной согласованы:

- Количество имплантатов, технологии (методы) и биоматериалы, которые будут использованы в процессе лечения.

- Сроки проведения лечения.

- Стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые затруднительно предвидеть.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:

- Рентгенологическое, лабораторное исследования.

- Консультации стоматологов иного профиля.

- Консультации у врачей общемедицинского профиля.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Понимая сложность предстоящего лечения, я обязуюсь приходить на контрольные осмотры и следить за состоянием своего здоровья самостоятельно.

Я согласен (а), что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения и ознакомлен (а) со стандартом, утвержденным Минздравом РФ.

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств.

Я согласен (а) на применение анестезии и соответствующих анестетиков за исключением: _____ _____ (указать какие, либо: без исключений).

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все интересующие меня вопросы.

Я даю разрешение моему лечащему врачу проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические снимки), которые он сочтет необходимыми.

Я предупрежден (а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

Мне была предоставлена вся интересующая информация о состоянии моего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Я предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имею.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют меня.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Ф.И.О. (полностью) пациента и подпись: _____ Дата: «____» _____20____г.

Фамилия и подпись лечащего врача: _____ Дата: «____» _____20 ___ г.

Примечание: при приеме лиц до 18 лет (детей), обязательно также подписывается родителем или иным законным представителем