



Клиника
Эффективной
Стоматологии

ООО "Клиника Эффективной стоматологии"
Р/с 407 028 103 098 100 205 82, ИНН 5032216650
143030, Московская область, Одинцовский район,
село Успенское, дом 34, офисное помещение В1.

***Информированное добровольное согласие на медицинское
вмешательство.***

Имплантация зуба(зубов).

Настоящее Положение разработано в соответствии с Гражданским кодексом РФ, Законом РФ «О защите прав потребителей» (в редакции Федерального Закона РФ № 2 — ФЗ от 09.01.96 г., Федерального Закона РФ от 17.12.99 г. № 212-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Закон РФ «О защите прав потребителей»), Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (утв. Постановлением Правительства РФ от 13.01.96 г. №27).

Я, _____,

(Ф. И. О. полностью)

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач –стоматолог

_____.

(Ф. И. О. лечащего врача)

В исключительных случаях (болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив моё согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом-стоматологом и понятна следующая информация о сути медицинского вмешательства имплантация зуба(зубов).

Альтернативой является отказ от лечения. Последствиями отказа от данной операции могут быть: прогрессирующее зубоальвеолярной деформации, потеря рядом стоящих зубов, изменение смыкания зубов.

Проинформирована, что целью **имплантации с последующим протезированием**, является изготовление зубного протеза, обеспечивающего восстановление анатомической целостности зубных рядов, адекватное распределение нагрузки на окружающую имплантаты костную ткань, косметический эффект лечения, сохранение зубов.

Достижение цели возможно при выполнении двух этапов: **хирургического и ортопедического**. Имплантация зубов является зубовосстанавливающей операцией, при которой имплантат выполняет функцию опоры для зубного протеза. Мне разъяснена и понятна, цель и суть метода имплантации зубов, этапы, сроки, возможный исход и прогноз.

Этапы имплантации проходят последовательно и требуют определенного времени, которое зависит от сложности выполняемых вмешательств, индивидуальных особенностей организма и выполнения рекомендаций врача:

1. Подготовка к имплантации зубов.

При подготовке к имплантации проводится лечение сопутствующих заболеваний как ротовой полости, так и организма в целом, поскольку они прямо или косвенно могут повлиять на процесс

приживления имплантата. Отправной точкой для планирования лечения служат факторы, определяющие способ протезирования, тип имплантатов, объем, и качество имеющейся кости.

2. Операция имплантации - после проведения обезболивания, проводится разрез в месте установки имплантата, при помощи стоматологического инструмента создается костное ложе, куда устанавливается имплантат, после чего накладываются швы.

Дальнейшее действие проводится согласно выбранной методики имплантации, которая отражена в плане лечения.

При одноэтапной методике имплантат размещается в сформированном костном ложе, и протезирование начинается в первую неделю после операции.

При двухэтапной методике в костное ложе помещается корневая часть имплантата, и слизистая оболочка над ним ушивается.

Протезирование начинается при полной интеграции кости и имплантата – через 2-3 месяца на нижней челюсти, а на верхней - спустя 4-6 месяцев. После того как имплантаты прижились в кости, десна над ними раскрывается и устанавливается формирователь десны на каждый имплантат, который в среднем 10-14 дней, придает десне необходимую для протезирования форму, после чего необходимо приступить к следующему этапу - протезированию.

Я информирован (а) о том, что ортопедический этап лечения проводится в сроки, установленные для каждого типа имплантатов. Эти сроки должны быть полностью соблюдены для максимальной адаптации имплантата в костной ткани

Основными рисками имплантации, как любого хирургического вмешательства, являются:

- ❖ отек окружающих тканей, ограничение открывания рта;
- ❖ болезненность в зоне операции, кровотечение,
- ❖ кратковременная потеря чувствительности близлежащих тканей,
- ❖ симптомы воспаления, не приживление имплантата,
- ❖ отсроченное заживление .
- ❖ Все эти явления временные и проходят при выполнении рекомендаций врача.

Побочных эффекты: (точную продолжительность которых, невозможно предусмотреть в связи с особенностями организма), такие как:

- ❖ общее недомогание,
- ❖ аллергическая реакция.

Понимаю, что имплантация является хирургическим вмешательством в биологический организм и сопровождается болевыми ощущениями. Для снижения болевой реакции проводится обезболивание, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии.

Врач объяснил, что не существует способа точно предсказать заживляющих способностей десны и костной ткани, что в определенных случаях имплантаты 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.

Информирован(а) о средних сроках службы имплантатов и среднестатистическом процессе их приживления.

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

Мне озвучены и со мной согласованы:

- ❖ технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- ❖ сроки проведения лечения;
- ❖ стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом.

Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения. Я внимательно ознакомился(ась) и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

« ____ » _____ 20 ____ года

/

Подпись

Ф. И. О. полностью

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего лечения, дал(а) ответы на все вопросы.

/

Подпись

Ф. И. О. врача