РУСДЕНТ
стоматологическая клиника

ООО «Русдент»
Приложение №1 к договору № _____ от _____
на оказание платных стоматологических услуг

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Операция имплантации внутрикостных дентальных имплантатов

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я_____ проинформирован(а) о
(фамилия, имя, отчество пациента)

поставленном диагнозе и необходимости проведения лечения зубов в соответствии с планом лечения:

Дата	Наименование услуги, номера зубов	Стоимость	Подпись пациента

Я информирован (а), что операция будет проводиться под местным обезболиванием. Во время операции сначала (при необходимости, что отражается в плане лечения) мне проведут удаления зубов, а затем в костную ткань челюсти мне будет внедрен имплантат, а также установлен формирователь десны, если это предусмотрено планом лечения. Операция будет проведена по общепринятой методике, с использованием сертифицированных стоматологических имплантатов в условиях операционной. После операции, через определенный период времени, необходимый для интеграции имплантатов, мне будут будет установлены формирователи десны (если они не были установлены в момент операции), затем изготовлены и установлены зубные протезы. Имплантаты будут выполнять функцию опоры для зубного протеза самостоятельно или в сочетании с собственными зубами.

Удаление зуба(ов). Я осведомлен(а) о возможных альтернативных способах протезирования зубов, направленных на сохранение зубов, их преимуществах и недостатках и даю согласие на удаление зубов (номера зубов отражается в плане лечения и в настоящем документе).

Мне понятно, что осложнения удаления зуба обусловлены анатомо - физиологическими особенностями организма пациента. Мне понятно, что удаление зуба верхней челюсти проводится в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, поэтому я соглашаюсь с тем, что возможно возникновение перфорации дна пазухи носа и, как следствие, необходимости проведения дополнительного оперативного этапа лечения по пластике соустья. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, возможно расположение корней зуба в непосредственной близости зоны вмешательства к нижнему каналу, поэтому я соглашаюсь с тем, что возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, развитие послеоперационных отеков.

Я соглашаюсь с тем, что при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях во время хирургической операции и в послеоперационном периоде возникают нижеперечисленные явления:

- болевые ощущения в течение послеоперационного периода;
- сохранение припухлости мягких тканей;
- повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
- ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
- при аномальном расположении зуба - повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти, повреждение дна гайморовой пазухи;
- _____.

Я соглашаюсь с тем, что при наличии исходного воспаления в области удаляемого зуба, процесс заживления может происходить медленнее, осложниться развитием воспаления в области удаленного зуба, что потребует дополнительного хирургического лечения за отдельную плату.

Я соглашаюсь с тем, что отсутствие заживления костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, за отдельную плату, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

Я обязуюсь строго выполнять следующие рекомендации после удаления зуба:

- прикладывать лед к щеке на 20 минут с перерывом 30 мин. до конца дня;
- строго не принимать пищу ранее, чем через 2 часа после удаления, чтобы не удалить сгусток крови в лунке удаленного зуба, который выполняет нужную защитную и восстановительную функцию;

- строго не полоскать лунку зуба и не жевать на стороне удаления в течение суток после удаления, иначе вы вымоете образовавшийся сгусток в лунке от удаленного зуба, начнется кровотечение и/или воспалительный процесс;

- в случае выпадения сгустка крови из лунки зуба обязуюсь обязательно связаться с врачом или прибыть на консультацию;

- при возникновении кровотечения положить на лунку зуба стерильный марлевый тампон и прикусить его таким образом, чтобы материал плотно прилегал к ране, в случае, если кровотечение не прекращается, немедленно обратиться в клинику;

- не применять теплый компресс;
- при чистке зубов не затрагивать область удаленного зуба.

Я понимаю, что наличие сукровичное отделяемое из лунки зуба является нормальным в течение нескольких часов после удаления; что послеоперационный отека лица является нормой и возникает в течение нескольких часов и может нарастать до нескольких дней. На второй день после удаления отек может нарастать, на третий день он, как правило, начинает спадать, но сохраняется у некоторых пациентов до 5-7 дней.

Имплантация зубов. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема), поэтому я соглашаюсь на возможное увеличение стоимости при увеличении объема операции. При невозможности установки имплантатов из-за состояния костной ткани мне вернут стоимость имплантатов.

Я соглашаюсь, что во время и после операции, в редких случаях могут произойти нижеперечисленные явления, которые могут потребовать дополнительного лечения за дополнительную стоимость:

- припухлость, болевые ощущения, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием, кровотечение из области операционной раны, повышение температуры;
- общее недомогание, онемение губы, языка, щеки, подбородка или зубов. Точную продолжительность этих побочных ощущений невозможно прогнозировать и в крайне редких случаях они могут быть необратимыми;
- возможно инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы в случае несоблюдения пациентом предписанных врачом правил гигиены;
- в крайне редких случаях существует вероятность повреждения нервов, перелома кости, проникновения в верхнечелюстную пазуху или аллергические реакции на медикаменты или анестетики;
- отторжение имплантатов, что приведет к необходимости их удаления.

Понимая сущность предложенного лечения и сложность биологического организма человека, я соглашаюсь, что невозможно гарантировать достижение результата лечения. В связи с этим, я соглашаюсь с тем, что результатом качественно проведенной имплантации может быть неблагоприятный исход операции (отторжение имплантата или необходимость его удаления), поэтому я обязуюсь не предъявлять материальных требований по возврату денег, оплаченных мною за проведенное лечение и использованные материалы и имплантаты.

Я понимаю, что курение, приём алкоголя, употребление сахара, могут повлиять на заживление десны и снижают успех лечения. Я согласен выполнять рекомендации моего врача по приёму лекарственных препаратов в послеоперационном периоде, по уходу за полостью рта и регулярно приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в медицинской карте стоматологического больного).

Я информировал врача обо всех случаях аллергии на медикаментозные препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль в прошлом и настоящее время. Я обязуюсь незамедлительно сообщать моему лечащему врачу обо всех изменениях моего здоровья.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я соглашаюсь с тем, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.

Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечности десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях. Я подтверждаю, что в Анкете назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен на их проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях

рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Мне понятно, что на следующий день после операции может появиться небольшой отек мягких тканей лица, прилегающих к месту операции, небольшое повышение температуры, а также онемение в отдельных участках кожи - это нормальная реакция организма на хирургическое вмешательство. Последующие 3-4 дня отек и другие симптомы могут держаться, постепенно исчезая.

Я обязуюсь строго следовать следующим рекомендациям после операции:

- прикладывать холод на 10-15 минут к прооперированной области каждые 1-1,5 часа в течение первого дня после операции;
- спать следует на противоположной стороне или на спине;
- начиная со дня операции и в последующие 7-14 дней необходимо проводить «ротовые ванночки» с раствором хлоргексидина (перманганата калия) и растворами / настоями ромашки или шалфея (не спиртовыми!) после каждого приема пищи по 1 мин, но не более 5 раз в день;
- после операции ткани в прооперированной области становятся слишком чувствительными, поэтому необходимо на 2-3 недели исключить из рациона твердую и раздражающую пищу (содержащую уксус, острые специи, и т.п.), раздражающие соки.
- область проведенной операции до восстановления целостности ткани нельзя травмировать зубной щеткой. Нельзя применять пасты, гели, полоскания, содержащие кислотные фтористые средства, т.к. они могут вызвать повреждения поверхности установленных имплантатов.

Я соглашаюсь с необходимостью в течении 24 часов после операции соблюдать полный покой: не работать и не управлять автомобилем, не жевать и не разговаривать; соблюдать щадящую (жидкую) диету и гигиену полости рта. Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение.

Я получил(а) полную информацию о гарантийных обязательствах на лечение и условиях предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь прав на гарантию.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я информирован(а) о том, что ортопедический этап лечения будет проведен в сроки, установленные для каждого вида имплантатов и индивидуальных особенностей организма. 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.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полсти рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведенья о объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты(истории болезни) пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне хирургической операции на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____ /
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ /_____/
(подпись врача) (ФИО)