Информированное добровольное согласие пациента на проведение медицинского стоматологического вмешательства в ООО «Стоматология на Игримской»: Имплантация зубов

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 4,5,20,21,22,23,27 ФЗ №323 от 21.11.11г «Об охране здоровья граждан Российской Федерации», Законом о защите прав потребителей, ФЗ №326 от 29.11.10г. и действующими законодательными актами.

Я, _____,

(Ф.И.О. пациента, число, месяц, год рождения)

обращаюсь в ООО «Стоматология на Игримской» для оказания мне стоматологической помощи.

Этот документ подтверждает, что я ознакомился(лась) с предлагаемым планом лечения, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) отказаться от лечения, поставив свою подпись в конце документа. Доктор поставил мне следующий диагноз:

_____

(заполняется врачом)

Мне известно, что вариантами стоматологического лечения являются следующие методики: **терапевтическое лечение** (лечение зубов с целью их сохранения), **хирургическое лечение** (комплекс мероприятий, направленных на сохранение зубов, а так же удаление зубов), **ортопедическое лечение** (восстановление целостности зубного ряда ортопедическими конструкциями), **пародонтологическое лечение** (лечение тканей, окружающих зуб и слизистой оболочки полости рта), **имплантация(**восстановление целостности зубного ряда искусственным корнем из высокотехнологичного материала - имплантатом), **ортодонтическое лечение** (исправление и предупреждение нарушения положения зубов и аномалий прикуса) и **отсутствие лечения** как такового.

В доступной форме я получил(а) информацию о том, что с учетом имеющейся у меня(моего представляемого) клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений организма оптимальным, наиболее эффективным методом лечения с позиции медицинских показаний является имплантация в области:

_____зубов.

(заполняется врачом)

В процессе проведения хирургического вмешательства операции имплантации в костную ткань челюсти под местным обезболиванием будут интегрированы(установлены) имплантаты. Операция будет проведена в соответствии с протоколом ведения операции имплантации, с использованием сертифицированных материалов и препаратов. Через определенный период времени, необходимый для приживления имплантатов, они будут использованы как опоры для зубного протеза самостоятельно или в сочетании с собственными зубами.

Я информирован(на), что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции, его расширение, уменьшение или отказ от запланированного плана и объема. Поэтому при невозможности установки имплантатов из-за состояния костной ткани, операция может быть прекращена и проведена подготовка места для установки имплантатов путем мягкотканой пластики или аугментации кости:

- синус-лифтинг,
- расщепление гребня,
- пересадка костных блоков,
- прочие манипуляции,

как одномоментно, так и отсрочено после формирования мягких и костных тканей в сроки, рекомендованные лечащим врачом.

Я информирован(а) о других альтернативных способах лечения без применения зубных имплантатов:

- ортопедическое лечение(протезирование) съемными, несъемными(мостовидными) протезами и конструкциями.

Я проинформирован(а), что перед операцией имплантации необходимо пройти подготовительные этапы:

- терапевтический, для устранения очагов хронической инфекции в полости рта;
- пародонтологический, для нормализации гигиенического состояния полости рта;
- ортопедический, для составления плана протезирования.

Врач доступно объяснил мне, что в крайне редких случаях есть вероятность развития следующих осложнений по независящим от врача и правильности манипуляций причинам:

- возможно длительное заживление послеоперационной раны,
- припухлость, болевые ощущения,
- кровотечения
- инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы
- общее недомогание, гипертермия,
- онемение губы, языка, щеки, подбородка, зубов. Точную продолжительность этих побочных ощущений невозможно прогнозировать и в крайне редких случаях они могут быть необратимыми.
- образование послеоперационных рубцов
- частичное или полное расхождение швов
- прорезывание частей фиксирующих винтов, пинов и мембран
- перфорация имплантатом гайморовой пазухи, с развитием впоследствии синусита (воспаление околоносовых пазух) при манипуляциях в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, обусловленная анатомо-физиологическими особенностями человека.
- прорезывание имплантата через слизистую оболочку полости рта,
- проникновение имплантата в гайморову пазуху с развитием впоследствии синусита (воспаление околоносовых пазух) при хирургической манипуляции в непосредственной близости к верхнечелюстной(гайморовой) пазухе, обусловленная анатомо-физиологическими особенностями человека;
- проникновение имплантата в нижнечелюстной канал с последующим онемением языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, при хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, обусловленное анатомо-физиологическими особенностями человека;
- раскручивание винта на имплантате или формирователя десны
- периимплантит - воспалительный процесс в костной ткани вокруг имплантата. В случае воспалительного процесса может потребоваться дополнительное лечение, в том числе хирургическое.
- отторжение имплантата, что приведет к его удалению по абсолютным медицинским показаниям; В случае отторжения подвижный имплантат удаляется и через некоторое время операцию имплантации можно повторить. Вопрос о повторной имплантации в данной области решается индивидуально.

Я понимаю, что определить промежуток времени возникновения данных осложнений не представляется возможным в связи с тем, что биологические процессы, не подконтрольны в 100% случаев воле человека, и зависят от индивидуальных особенностей моего организма, клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений. Я проинформирован/а и понимаю, что в случае возникновения осложнений мне необходимо обратиться к лечащему врачу для осмотра. В некоторых случаях может потребоваться госпитализация в отделение челюстно-лицевой хирургии. Я проинформирован(на) и понимаю, что при недостатке (убыль, дефект) костной ткани, установка имплантатов в участке отсутствующих зубов невозможна. В этом случае для проведения имплантации в этой области необходимо провести хирургическое вмешательство, направленное на восстановление объема костной ткани (костная пластика).

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. 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 в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение данного анестезиологического медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода в виде летального.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений:

- аллергические реакции организма на медикаментозные препараты;
- обморок, коллапс, шок;
- травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами;

- невралгиями и постинъекционными гематомами.

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией моего организма на него. Введение раствора проводится при помощи иглы, что может сопровождаться травмой мягких тканей и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограниченное открывание рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание может быть затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Я информирован о том, что в этих случаях, при моем правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Т.к. в этом случае он не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги (ФЗ «О защите прав потребителей») и нарушает право пациента на гуманное отношения при оказании медицинской помощи (ч.5. ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я информирован о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности. Я информирован, что в ООО «Стоматология на Игримской» оснащена всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантомограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен (а) на их проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность на протяжении всего срока и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Мне сообщено, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях: движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.) необходимо выполнение повторного рентгеновского снимка. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению. Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского специалиста, участие которого в моем (моего представляемого) лечении будет необходимо. Я понимаю, что невозможно точно установить сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека, и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания медицинской помощи.

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

Я информирован, что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого терапевтического лечения.

Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня(представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Врач: _____/ **Пациент:** _____/_____ /
(ФИО) (подпись)

Дата «____» _____ 20__г.