

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

(по плану лечения – ортопедическое (протезирование и имплантация))

Я, _____
(ФИО пациента, дата рождения)

проживающий (ая) по адресу: _____
(адрес в формате: город, улица, дом, квартира)

даю информированное добровольное согласие на ортопедическое лечение, которое в зависимости от клинической картины может включать в себя протезирование или имплантацию в ООО "СТОМ", адрес: г. Хабаровск, ул. Карла Маркса, д.144, стр.1, помещение 4/4 следующих зубов: _____
(перечислить только те зубы, которые будут пролечены в дату ИДС по плану лечения)

Мне медицинским работником: _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а именно: последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функций речи, прогрессирование заболеваний пародонта, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания нервной системы.

Необходимо строго следовать этапам протезирования, строго соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза. Протезирование поможет сохранить стоматологическое здоровье. Тем не менее, протезирование является своего рода вмешательством в организм, и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования.

Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается возрастным изменениям (как при наличии протеза, так и без него), которые проявляются в обнажении зуба, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, зависящее от скорости протекания процессов старения, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Операция зубная (имплантация) проводится по различным методикам (по протоколу Strauman, Oraltronik, Replace). Обязательны для выполнения после операции рекомендации и назначенные процедуры:

- не рекомендуется принимать пищу в течение 2-3 часов;
- в день операции и в ближайшие 3 дня не пользоваться горячим душем, ванной, сауной, парилкой, не заниматься 2-3 дня в бассейне, физическими упражнениями (во избежание повышения артериального давления и, как следствие, появление кровотечения из ранки). Допускается теплый гигиенический душ.
- полоскать полость рта антисептическим раствором;
- для уменьшения отека мягких тканей держать со стороны щеки пузырь со льдом в день операции 5-6 раз по 30 минут. Не рекомендуется спать на оперированной стороне в течение 2-3 дней, т.к. создаваемое тепло увеличивает отек мягких тканей.
- принимать назначенные врачом лекарственные препараты.

В случае появления после операции непонятных явлений дискомфорта в полости рта или в организме, при возникновении возможных осложнений в послеоперационном периоде, необходимо сразу же позвонить лечащему или дежурному врачу. Не всегда возможно определить реакцию организма на операцию и возможные осложнения на прием лекарственных препаратов. Для устранения возможных осложнений и обострений имеющихся хронических заболеваний в организме, могут понадобиться консультация, обследование и различное дополнительное лечение у врачей общемедицинского профиля. В зубной имплантации невозможно точно определить сроки службы имплантата в кости.

Имплантат может отторгаться в связи с возможными индивидуальными особенностями организма. Эти особенности нельзя предусмотреть заранее, они не связаны с проводимым лечением. Иногда вокруг имплантата в 5-10 % случаев возникает воспаление тканей десны и кости (переимплантит). Для раннего выявления возможного переимплантита, необходимо один раз в 6 (шесть) месяцев приходить на контрольный осмотр к хирургу-стоматологу. Курение на 10% увеличивает риск отторжения имплантата и способствует развитию воспаления десны.

Окончательный план протезирования будет определен после успешного имплантирования и приживления имплантата. Протезирование необходимо начать через несколько месяцев со дня операции.

Указанная выше информация доведена до меня в доступной форме. Мне была предоставлена возможность задать вопросы, дать дополнительные разъяснения в случае, если какая-то часть или информация в целом мне показалась недостаточно понятной и мной эта возможность была реализована.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных выше, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Однако, в указанном случае я отказываюсь я от предъявления каких-либо претензий к Клинике в связи с незавершенным лечением.

ведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

" ____ " _____ Г.
(дата оформления)