

# Стоматология ООО «Праксис»

г. Магнитогорск, ул. Тевосяна 4А, офис 5

## **Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства (Открытый синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика различными методикам.)**

1. Я нижеподписавшийся (аяся), \_\_\_\_\_ настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст. 31 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирована) о состоянии моего здоровья, а именно о ниже следующем:

1.1.0 *наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания*

\_\_\_\_\_ (установленный и/или предварительный диагноз в соответствии с МКБ ~ 10)

1.2. *О результатах лечения и обследований, проведённых до настоящего момента.*

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

1.4. *Обо всех возможных вариантах медицинского вмешательства, альтернативных видах и методах лечения*

1.5. *О целях и формах, болезненности и длительности, предлагаемых вариантах медицинского вмешательства, о наличии показаний к проведению вмешательства. 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.*

2. Получив 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:

2.1. Добровольно в соответствии со ст. 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан даю своё согласие на проведение мне

\_\_\_\_\_ (наименование манипуляции, процедуры и др.)

3. Я \_\_\_\_\_ доверяю врачу стоматологу хирургу \_\_\_\_\_ провести хирургическую операцию. В исключительных случаях (болезнь врача) учреждение может-заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив моё согласие.

**4. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о сути лечения:**

4.1 Суть операции.

Мне планируется провести операцию увеличения объема кости в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка (части), Я понимаю суть вмешательства и характер наиболее вероятных осложнений связанных с ним. Хирургия не является точной наукой, в настоящей форме не могут быть перечислены все осложнения, которые могут возникнуть при проведении данной процедуры. Кроме того, хирург не может гарантировать 100% наращивания костной ткани в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка (части). Операции заключаются в проведении разреза и откидывания лоскута (десны), препарирования кости для осуществления доступа к полости пазухи отслаивании слизистой пазухи, введение биопластических материалов и их фиксация различными методами (остеокодукторы, остеоиндукторы или моя костная ткань), установки барьерной V мембраны и ушивании раны. Для забора собственной костной ткани необходимы дополнительные разрезы в полости рта и забор костных блоков или стружки с нижней или верхней челюсти. Имплантаты могут быть установлены одновременно с проведением операции наращивания кости в области пазухи, однако такая возможность существует не всегда.

4.2 Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

4.3 Индивидуальный рекомендованный план лечения.

4.4 Допустимость коррекции врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чём меня уведомит врач.

4.5 Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения, или частичного его выполнения \_\_\_\_\_

**4.6 Возможные последствия на этапах и после лечения, а именно;**

- под влиянием анестезии, а именно: отёк мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, аллергические реакции, обморок, коллапс, анафилактический шок.
- Возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (при их назначении), а именно: аллергические реакции, нарушение состава кишечной микрофлоры.

- В процессе операции – кровотечения; натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием; нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что иногда требует отказаться от продолжения и выполнения данной операции.

После операции данные вмешательства сопровождаются дискомфортом, отёком, заложенностью носа, а так же болезненностью, но эти симптомы исчезнут через 5-10 дней после операции. Полное исчезновение всех симптомов может произойти через 3 недели или больше.

- К послеоперационным осложнениям данных вмешательств относятся:

инфицирование раны и верхнечелюстной пазухи, болезненность, кровоточивость из раны в полости рта и из носа, гематома мягких тканей (синяки), временное или постоянное онемение дёсен, зубов верхней челюсти и нёба в области вмешательства, утрата костного материала, экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления, формирование соустья между пазухой и полостью рта, отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем, усугубление патологии ВНЧС при её наличии, необходимость в проведении дополнительной операции, другое.

**5. Я обязуюсь** выполнять все рекомендации врача до, и после операции;

- Принимать назначенные лекарства.

- 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 в сроки установленные врачом.

- Я предупреждён, что курение может осложнить заживление раны.

**6. Мне объяснена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.**

**7. Мне названы и со мной согласованы:**

- Технологии (методы) и биоматериалы, которые будут использованы при лечении.

- Сроки проведения лечения.

- Стоимость отдельных процедур и лечения в целом. Известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня и обоснует это.

**8. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования;**

- Получение ортопантограммы, КТ, прицельного снимка, анализов крови.

- Консультации стоматологов иного профиля \_\_\_\_\_.

- Консультации врачей общего медицинского профиля \_\_\_\_\_.

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

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

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Дата\_

(подпись Пациента) (Расшифровка подписи)

Настоящий документ оформлен \_\_\_\_\_  
(лечащий врач)

/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Дата

{подпись Пациента) (Расшифровка подписи)